

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

JUILLET — 1914

MÉMOIRES ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

DE LA CORRECTION DE L'ASTIGMATISME ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DU SERVICE MILITAIRE (1)

Par le professeur **FÉLIX LAGRANGE** (de Bordeaux).

Un jeune soldat, appelé de la classe de 1892, demande à être examiné au moment de son incorporation; son médecin-major étudie son cas, constate un astigmatisme de $0^{\circ} + 2,50$ de chaque côté, s'assure que sans verre cylindrique son acuité visuelle pour chaque œil égale $1/7$ et le propose pour la réforme.

Dans l'hôpital militaire, où se tenait le conseil de réforme, le médecin en chef de l'hôpital étudie le cas de ce jeune soldat, apprend qu'il est bachelier, commis dans une grande maison de banque et refuse de le réformer, estimant qu'un sujet capable de se livrer utilement à une pareille occupation peut servir au moins dans le service auxiliaire.

Le désaccord de ces médecins militaires, tous les deux parfaitement instruits et ne demandant que le bien du service, précise avec la plus grande netteté la question que je désire étudier ici.

Au nom des règlements qui ne permettent pas, dans l'armée, l'usage des verres cylindriques, le médecin-major avait raison; l'homme qu'on avait versé dans son régiment n'était pas tenu d'y apporter les verres cylindriques dont il se servait pour travailler dans sa maison de banque; le règlement n'autorisait pas à lui en

(1) Mémoire communiqué à l'Académie de médecine dans la séance du 9 juin 1914.

donner, et sans verres cylindriques, l'homme n'était bon à rien.

Le médecin en chef de l'hôpital, homme d'un grand bon sens, avait raison aussi; puisque ce conscrit, dans la vie civile, était apte à tout, il n'était pas logique de l'éliminer de l'armée. Il fallait le garder mais il fallait lui donner les cylindres nécessaires à une bonne vision.

Ceci revient à dire qu'il faut accepter les verres cylindriques dans l'armée, et c'est là ce que nous voulons démontrer dans ce travail que nous soumettons à l'attention bienveillante des grands chefs de la médecine militaire.

I

L'ACUITÉ VISUELLE DE L'ASTIGME

Les verres cylindriques ne relèvent pas toujours l'acuité visuelle de l'astigme à un degré très élevé et il existe, ce n'est pas douteux, même après correction, une amblyopie astigmatique qui a été spécialement bien étudiée par notre distingué confrère Martin (de Bordeaux).

Cet auteur a bien démontré que l'appareil nerveux récepteur était mal éduqué parce qu'il recevait des images défectueuses et que, même après la correction scientifique complète de l'astigmatisme, certains sujets voyaient mal; placés devant le tableau éventail ils constatent que des groupes de rayons se confondent en une teinte plate à des distances différentes du centre, alors même que l'astigmatisme est complètement corrigé.

Avec les meilleurs verres correcteurs il est des astigmes qui voient des carrés allongés, des cercles déformés, et qui sont pendant quelque temps gênés par l'usage des verres; avant leur usage, l'expérience leur avait appris, par l'intermédiaire du toucher et de l'oreille, les relations qui existent entre l'objet et son image et ils avaient fini par voir l'objet tel qu'il est, malgré la mauvaise image formée sur la rétine par le dioptrisme astigmatique; en pareil cas, quand la correction vient, les conditions de la vision sont changées et le sujet voit mal pendant quelque temps et même pendant longtemps; il a des sensations de profondeur fausses, le plancher monte et descend; il lui semble que ses jambes sont trop courtes; il voit déformée la feuille de papier blanc sur laquelle il écrit. Mais ceci n'est vrai que de l'astigme âgé, qui com-

mençe à porter des verres vers la quarantaine, après avoir habitude son oeil et son cerveau à des images défectueuses ; et encore celui-ci s'habitue-t-il vite à ces verres qui augmentent beaucoup son acuité.

Ces désordres visuels n'existent pas, ou exceptionnellement, chez les sujets jeunes, chez les conscrits de 20 ans qui, seuls, nous occupent ici et qui acceptent très bien le correcteur cylindrique.

Dans notre carrière d'oculiste nous en avons rencontré maintes fois qui étaient reconnus impropres au service militaire et qui venaient ensuite nous demander des verres cylindriques avec lesquels ils étaient d'excellents chasseurs.

Ce n'est pas une opinion personnelle que nous émettons quand nous disons que les astigmes corrigés ont une acuité convenable. — Voici le tableau de Faehndrich reproduit dans l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie*.

I. — ASTIGMIE DIRECTE.

Degré de l'astigmatisme cornéen. . . .	0,25 à 1 D	1,25 à 2 D	2,25 à 3 D	3,25 et au-dessus
Acuité visuelle moyenne	1,04	0,93	0,66	0,46

II. — ASTIGMIE INVERSE.

Degré de l'astigmatisme cornéen. . . .	0,25	0,25 à 0,50 D	0,75 à 1 D	1,25 D et au-dessus
Acuité visuelle moyenne	1,02	0,98	0,88	0,66

En somme dans toutes les formes et dans tous les degrés d'astigmatisme corrigée on obtient, en règle générale, des acuités compatibles avec le service militaire.

Il est en outre un fait très important que nous soumettons à l'attention de nos confrères de l'armée, c'est celui-ci : l'amblyopie astigmatique est maintenant beaucoup moins à redouter qu'il y a 20 ans, et cela parce que l'usage des verres correcteurs cylindriques, choisis et portés de bonne heure, en a diminué l'importance.

Autrefois les verres cylindriques étaient peu répandus et si, au conseil de révision, on plaçait devant l'œil d'un conscrit un cylindre utilisé par lui pour la première fois, on pouvait n'obtenir qu'une amélioration minime de l'acuité; mais l'usage des verres cylindriques est maintenant banal dans la pratique civile; grâce à ces verres, au moment où il arrive à ses 20 ans, l'astigme a très souvent fourni à sa rétine de bonnes images, qui sont bien utilisées et avec les verres il n'est plus amblyope.

Dépourvu de ces verres le conscrit n'a plus que de mauvaises images dont il sait d'autant moins se servir qu'il est habitué à en avoir de bonnes, et si on ne lui permet pas de porter ses verres cylindriques il n'est vraiment bon à rien; avec ses cylindres au contraire il a une acuité voisine de la normale.

Pourquoi ne pas les lui laisser! Pourquoi même ne pas les lui fournir?

Cependant les règlements militaires actuels n'acceptent pas l'usage des verres cylindriques; ils n'admettent pas qu'il soit possible de relever l'acuité visuelle des astigmatés au point de leur donner une bonne acuité leur permettant de se livrer utilement à tous les actes de la vie militaire; ils considèrent surtout que le verre cylindrique, étant en quelque sorte un verre individuel, il n'est pas possible, en pratique, de munir les hommes ainsi atteints, du verre correcteur nécessaire.

Nous nous sommes déjà élevés contre cette manière de voir dans un travail publié en 1899 par le *Bulletin médical*. Dès cette époque nous avons montré que les hypermétropes et les astigmatés pouvaient être corrigés utilement et que le contingent annuel des conscrits était à tort réduit considérablement. Nous avons eu, peu de temps après, la satisfaction de constater que le règlement du service de santé était entré dans nos vues, en ce qui concerne les hypermétropes, mais l'astigmatisme reste encore un obstacle absolu au service militaire, quand l'acuité ne peut être relevée au niveau réglementaire que par les verres cylindriques. « En ce qui concerne l'astigmatisme, disions-nous dans notre travail de 1899 (1) l'instruction ministérielle est plus défectueuse encore que pour l'hypermétropie, et c'est en vue surtout de cette catégorie d'amé-

(1) LAGRANGE, Les vices de réfraction et l'acuité envisagés au point de vue du service de l'armée. *Bulletin médical*, 1899, p. 1126.

tropes que cet article est écrit. L'astigmatisme est une maladie très fréquente; son étude pratique a fait, dans ces derniers temps, de grands progrès et il n'est pas un médecin militaire qui, après son passage au Val-de-Grâce, ne soit rompu à sa recherche et à sa mensuration. N'est-ce pas la chose la plus simple du monde avec la skiascopie et l'ophtalmomètre de Javal dont, pour le dire en passant, chaque hôpital militaire important devrait être pourvu. Rien ne serait plus logique, d'ailleurs, que de confier les diagnostics difficiles à des médecins militaires particulièrement compétents; le corps de santé compte beaucoup de confrères très instruits en ophtalmologie, et l'un d'entre eux pourrait toujours étudier les cas complexes dans l'hôpital le plus voisin du conseil de révision. »

Un astigmatisme régulier de 2 D. abaisse généralement l'acuité au dessous de 1/2 et le verre correcteur est, en pareil cas, capable souvent de ramener l'acuité à l'unité, ou à un degré voisin de l'unité; pourquoi ne pas faire porter aux hommes de cette catégorie des verres appropriés et en faire des militaires? Les verres cylindriques ne sont pas chose si rare, ni marchandise si précieuse; il n'y a aucune raison de faire de l'astigmatisme un motif d'exclusion dans les cas, *et ils sont très fréquents*, où le verre correcteur amène l'acuité au-dessus de la moyenne.

Lorsque l'astigmatisme complique les autres amétropies, la situation est complexe, et bien qu'après tout les verres sphéro-cylindriques soient d'un usage courant, peut-être pourrait-on, pour cette variété de malades, s'en tenir au résultat donné par la seule correction sphérique; mais *pour l'astigmatisme simple, régulier, affection commune, sans gravité*, compatible avec un bon fonctionnement oculaire, il y aurait lieu certainement de modifier le règlement en introduisant dans l'armée l'usage des verres cylindriques.

Nous croyons, comme en 1899, et même plus aujourd'hui qu'à cette époque, que sur ce point les règlements doivent être révisés et nous pensons que le moment est venu de développer de nouveau notre idée.

II

Tout d'abord nous ferons remarquer que ce qui doit être pris en considération, au sujet des anomalies de la vision, ce n'est pas

le vice de réfraction, mais l'acuité visuelle. Il vaut mieux pour un malade être atteint d'un vice de réfraction très fort, d'une hypermétropie de 7 dioptries par exemple, avec une acuité de $8/10$, que d'être emmétrope avec une acuité de $1/2$. Ce serait une erreur de croire qu'une pareille hypermétropie avec un bon fonctionnement de la rétine n'existe pas; nous avons examiné ces jours-ci un jeune étudiant en médecine dont l'acuité pour les deux yeux était absolument normale avec dioptries d'hypermétropie d'un côté et 8 de l'autre.

N'est-il pas infiniment préférable d'être myope de 9 dioptries, avec une très bonne acuité que d'avoir une acuité de $1/10$ d'un côté et de $1/2$ de l'autre avec un verre de myope très faible? Le règlement allemand qui prescrit la correction de tous les vices de réfraction y compris l'astigmatisme avec les verres appropriés et ne tient compte que de l'acuité visuelle est le plus rationnel; à vrai dire même, il est le seul rationnel.

Le règlement allemand n'est pas le seul à accepter les verres cylindriques; dans les armées suisse et suédoise ces verres sont autorisés; dans l'armée autrichienne l'usage des verres sphériques est seul toléré; de même en Italie et en Belgique. Ces derniers pays sont en retard, nous ne devons pas rester plus longtemps avec eux; il est urgent que nous imitions sur ce point les Suisses, les Suédois et les Allemands.

Les Allemands admettent la correction de la réfraction par les verres sphéro-cylindriques; ils ont raison en ce sens que toutes les variétés d'astigmatisme simple, composée ou mixte sont en général susceptibles, après correction, de donner une acuité réglementaire, mais il faut remarquer que les cas d'astigmatisme composée nécessitent l'usage de verres coûteux, difficiles à se procurer, individuels, et qui, au moment d'une campagne, ne pourraient être facilement et rapidement mis à la disposition du combattant.

C'est pourquoi je désire limiter le présent travail aux cas d'astigmatisme simple hypermétrope ou myopique.

III

Ces cas sont fréquents; je ne suis pas en état de faire connaître un pourcentage précis, je ne puis apporter que les cas observés récemment dans ma pratique; d'accord avec M. le méde-

cin inspecteur Pauzat, nous aurions voulu étudier la présence de l'astigmatisme dans de meilleures conditions et fournir une statistique en quelque sorte militaire. L'examen des conscrits du bureau de recrutement de Bordeaux aurait pu nous en fournir l'occasion, mais il ne nous a pas été matériellement possible de collaborer sur ce point avec nos camarades de l'armée active ; l'argumentation aurait été très forte si nous avions montré que plusieurs dizaines de conscrits rentrent tous les ans à Bordeaux, dans le groupe des astigmes que nous étudions ; il y aurait eu là un pourcentage en quelque sorte officiel ; n'ayant pu l'établir, nous devons nous contenter d'apporter une statistique tirée de notre pratique personnelle ; malgré son exiguité relative, nous pensons qu'elle est digne d'être prise en considération, non point, à vrai dire, au point de vue scientifique pur, car de pareilles observations sont pour tout oculiste très banales, mais au point de vue de notre démonstration qui consiste à montrer à nos camarades de l'armée la fréquence et l'importance de ces faits.

Obs. I. — M. R. de F., 7 ans, écolier, éprouve depuis quelque temps une certaine gêne dans la lecture du tableau, impossibilité de voir nettement ce qui est écrit.

L'acuité sans verre est de O. D. G. V = 2/10 non améliorable par les verres sphériques concaves ou convexes.

A la skiascopie, méridien horizontal, seul, hypermétrope, astigmatisme hypermétrope simple, régulier et conforme, qui mesure 4,50 à l'ophtalmomètre de Javal et Schiotz.

Après correction optique :

$$\text{O. D.} \quad 90^\circ + 3,50 \quad V = 4/2$$

$$\text{O. G.} \quad 90^\circ + 3,50 \quad V = 1/2$$

Obs. II — M. F. d'Eysines, 20 ans, vient me trouver parce qu'au conseil de révision on n'a pas voulu le reconnaître bon pour le service, même comme musicien, ce qu'il réclamait. Son acuité, sans verre, est en effet de :

$$\text{O. D.} \quad V = 1/7$$

$$\text{O. G.} \quad V = 1/6$$

non améliorable par l'usage des seuls verres sphériques.

A l'ophtalmomètre, je note : O. D. G. $\pm 2,50$ R. G.

La skiascopie me fait reconnaître un astigmatisme hypermétrope simple. Après correction appropriée :

$$\text{O. D.} \quad 105^\circ + 2,25 \quad V = 4/2$$

$$\text{O. G.} \quad 75^\circ + 2,25 \quad V = 1/2$$

Obs. III — M. C. 10 ans, se plaint d'asthénopie depuis quelques mois, surtout après un travail un peu prolongé.

$$\begin{array}{ll} \text{O. D.} & \pm 1,50 \\ \text{O. G.} & \pm 3,50 \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{R. C.} \\ \text{R. C.} \end{array}$$

à l'ophtalmomètre.

Sans verres l'acuité est de 5/6 à droite, et à gauche de 1/7, non améliorable par les verres sphériques convexes.

$$\begin{array}{lll} \text{Après correction : O. D.} & 75^\circ + 1 & V = 5/6 \text{ fort.} \\ \text{O. G.} & 105^\circ + 3 & V = 1/2 \end{array}$$

Ce cas n'est intéressant qu'en ce qui concerne l'œil gauche; de ce côté l'action du verre cylindrique est évidente.

Obs. IV. — M. L. 17 ans (de Bordeaux) est porteur d'un astigmatisme de :

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} \pm 3 \\ \text{O. G.} \pm 6 \end{array}$$

Sans verres, l'acuité des deux yeux égale :

$$\begin{array}{ll} \text{O. D.} & V = 4/5 \\ \text{O. G.} & V = 4/7 \end{array}$$

Il est impossible de relever l'acuité par l'usage des verres sphériques convexes ou concaves.

Après correction de cet astigmatisme hypermétropique simple l'acuité est de :

$$\begin{array}{lll} \text{O. D.} & 405^\circ + 3 & V = 1/2 \text{ faible} \\ \text{O. G.} & 70^\circ + 5 & V = 2/3 \end{array}$$

Aucune lésion du fond de l'œil, comme du reste chez tous les sujets dont nous parlons ici.

Obs. V. — G... 10 ans, Casteljaloux, a commencé à porter des verres à l'âge de 6 ans. Sans verres l'acuité est de :

$$\begin{array}{ll} \text{O. D.} & V = 1/6 \\ \text{O. G.} & V = 1/4 \end{array}$$

non améliorable par les verres sphériques concaves ou convexes.

$$\begin{array}{ll} \text{A l'ophtalmomètre : O. D.} & \pm 4 \\ \text{O. G.} & \pm 3 \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{R. C.} \\ \text{R. C.} \end{array}$$

Astigmatisme hypermétropique simple R. C. Après correction :

$$\begin{array}{lll} \text{O. D.} & 110^\circ + 3,50 & V = 9/10 \\ \text{O. G.} & 70^\circ + 2,50 & V = 9/10 \end{array}$$

Obs. VI. — R... Marcel (de Montflanquin) 12 ans, a commencé à porter les premiers verres à l'âge de 10 ans. Ces verres mesuraient :

$$\text{O. D. G.} \quad 90^\circ + 2$$

Avant le port de ces lunettes, l'enfant ne pouvait travailler. Actuellement, sans verres, l'acuité des deux yeux est très défectueuse : 1/5 de chaque côté; elle n'est pas améliorée par les verres sphériques convexes, et est aggravée, au contraire, par les sphériques concaves. Avec la correction suivante, l'acuité est excellente :

$$\begin{array}{lll} \text{O. D.} & 90^\circ + 4 & V = 1 \text{ faible.} \\ \text{O. G.} & 90^\circ + 3,50 & V = 1 \text{ faible.} \end{array}$$

Ons. VII. — B... 26 ans d'Ozillac (Charente-Inf.) est porteur d'un astigmatisme régulier et conforme, simple, myopique de 3 D. 50 à droite et de 0,50 dioptrie à gauche, avec myopie de 3 dioptries 50.

Il n'a jamais porté de verres et son acuité est très mauvaise des deux côtés. Elle égale 1/10 à peine. Avec les verres sphériques concaves de — 4 cette acuité n'est que de 2/10 à droite.

Après correction appropriée, je trouve :

$$\begin{array}{lll} \text{O. D.} & 0^\circ - 3 & V = 6/10 \\ \text{O. G.} & - 3,50 & V = 6/10 \end{array}$$

Cette observation n'est intéressante que pour l'œil droit; elle montre de ce côté la valeur du verre cylindrique.

Ons. VIII. — M. C. André, 40 ans, Bordeaux, présente à l'ophtalmomètre un astigmatisme de :

$$\begin{array}{ll} \text{O. D. } \pm 4 & \text{R. C.} \\ \text{O. G. } \pm 4 & \text{légèrement oblique.} \end{array}$$

Sans verres, l'acuité égale à peine :

$$\begin{array}{ll} \text{O. D.} & V = 1/5 \\ \text{O. G.} & V = 1/7 \end{array}$$

Il est impossible de relever l'acuité par le seul usage des verres sphériques convexes, et on diminue celle-ci en offrant des sphériques concaves. A la skiascopie, la réfraction mesure :

$$\begin{array}{lll} \text{O. D.} & 90^\circ + 4 & \\ \text{O. G.} & 60^\circ + 4 & 0,75 \end{array}$$

Après correction optique :

$$\begin{array}{lll} \text{O. D.} & 90^\circ + 3,50 & V = 1/2 \\ \text{O. G.} & 60^\circ + 3,50 & V = 1/3 \text{ faible.} \end{array}$$

C'est-à-dire que les cylindres seuls rendent le sujet parfaitement propre au service militaire actif.

Ons. IX. — *Astigmatisme hypermétropique simple OD.*

M. L..., 20 ans, Tartas (Landes).

$$\begin{array}{lll} \text{Ophtalmomètre : O. D.} & \pm 2,75 \\ & \text{O. G.} & \pm 1,75 \end{array}$$

Acuité : Sans verres : O. D. = 1/3 O. G. = 8/10

Après correction : O. D. $90^\circ + 2$ V = 1/2
O. G. $90^\circ + 0,75$ V = 9/10

La correction cylindrique permet seule d'obtenir une acuité convenable pour l'œil droit.

Obs. X. — Astigmatisme hypermétropique simple ODG.

N. J. (de Langon) 16 ans.

Ophthalmométrie : O. D. $0^\circ + 3$
O. G. $0^\circ + 3$

Skiascopie. Ombres inverses dans le méridien horizontal. Méridien vertical emmétrope.

Acuité sans verres : O. D. = 1/6
O. G. = 1/6 faible

Les verres sphériques n'améliorent pas l'acuité.

Après correction :

O. D. $90^\circ + 2,50$ V = 1/2 fort
O. G. $90^\circ + 2,50$ V = 1/2 fort

C'est-à-dire que sans verres cylindriques ce sujet est absolument impropre à tout service et qu'avec les verres cylindriques il est parfaitement apte au service armé.

Obs. XI. — Astigmatisme hypermétropique simple ODG.
13 ans.

Ophthalmométrie. — O. D. : $15^\circ \pm 5$ d.
O. G. : $165^\circ \pm 3$ d.

Skiascopie. — Avec le miroir concave, les ombres sont nettement inverses dans un méridien presque horizontal, légèrement oblique. Le méridien perpendiculaire, presque vertical, est emmétrope.

Acuité : sans verres : O. D = 1/6 O. G. = 1/5

Les verres sphériques, loin d'améliorer la vision, font sensiblement diminuer l'acuité.

Après correction :

O. D. $105^\circ + 4,50$ V = 1/2
O. G. $75^\circ + 2,50$ V = 1/2

Chez ce sujet, impropre à tout service avec les règlements actuels, les verres cylindriques seuls relèvent l'acuité de façon à le rendre propre au service armé.

Obs. XII. — *Astigmatisme myopique simple OG*

M. G..., 20 ans, Villeneuve-sur-Lot.

Ophthalmométrie. — O. D. : $\pm 0,50$ d.

O. G. : ± 3 d.

Acuité : bonne pour O. D. ; O. G. = 1/3 n'est pas amélioré par les sphériques.

Après correction : O. D. — 4 V = 1/2

O. G. 0° — 2,50 V = 1

L'œil gauche de ce malade est seul intéressant à notre point de vue ; le verre cylindrique relève l'acuité jusqu'à l'unité.

Obs. XIII. — *Astigmatisme myopique simple OD.*

M. S..., 20 ans, Saint-André de Cubzac.

Ophthalmométrie. — O. D. 15° $\pm 4,50$

O. G. 165° $\pm 4,50$

Acuité : sans verres : O. D. = 1/4

O. G. = 1/5 faible.

Les verres sphériques n'améliorent pas la vision.

Après correction cylindrique.

O. D. 15° — 4 V = 1/2

O. G. 165° — 4,50 V = 1/3

Un pareil conscrit, sans verres cylindriques, est à peine bon pour le service auxiliaire ; avec les verres cylindriques, il est apte au service armé.

Obs. XIV. — *Astigmatisme hypermétropique simple OD.*

M. D..., 17 ans (Gironde).

Ophthalmométrie. — O. D. $\pm 2,75$

O. G. $\pm 0,50$

Acuité : Sans verres :

O. D. = 1/10

O. G. = 1

Avec sphérique ± 2 O. D. = 1/5

Après correction cylindrique : O. D. 105° ± 2 V = 1/2

Dans l'œil droit de ce malade la démonstration de l'efficacité du verre cylindrique est évidente ; un pareil sujet sans aucun verre sera à la vérité bon pour le service armé, mais on voit la nécessité où il serait de porter des verres cylindriques si l'œil gauche était comme l'œil droit.

Obs. XV. — *Astigmatisme hypermétropique simple ODG.*

M. M..., 41 ans, rue Hériard-Dubreuilh, 19.

Ophthalmométrie : O. D. $\pm 2,75$
 O. G. $\pm 2,75$

Acuté : sans verres : O. D. = $1/4$ O. G. = $1/4$
 avec sphérique + 3 V = $1/4$ ODG

Après correction cylindrique.

O. D. $90^\circ + 1,75$ V = 1 faible
 O. G. $75^\circ + 1,75$ V = 1

Voici un sujet à peine bon pour le service auxiliaire qui, avec des verres cylindriques, fera un jour une excellente recrue pour le service armé.

Obs. XVI. — *Astigmatisme hypermétropique simple ODG.*
 M. S., 49 ans, Bordeaux.

Ophthalmométrie : O. D. ± 5
 O. G. ± 6

Acuté : sans verres : O. D. = $1/7$ O. G. $1/7$

Les verres sphériques convexes allongent et déforment les lettres sans augmenter en aucune façon l'acuité.

Après correction :

O. D. $105^\circ + 5$ V = $2/3$
 O. G. $75^\circ + 5$ V = $2/3$

Ces verres donnent au malade la possibilité de bien travailler. Il peut faire des études très sérieuses; pourtant, il ne peut pas faire son service militaire, si on ne lui donne des verres cylindriques.

Obs. XVII. — *Astigmatisme myopique simple OG.*
 M. D., 16 ans, Bordeaux.

Ophthalmométrie : O. D. ± 3 d.
 O. G. ± 3 d.

Acuté : sans verres : O. D. = $1/5$ O. G. = $1/3$

Après correction : O. D. $0^\circ - 2,75 - 1,50$ V = $5/6$
 O. G. $0^\circ - 2,75$ V = $5/6$

Ce sujet, sans les verres cylindriques, n'est bon que pour le service auxiliaire; avec les verres correcteurs de son astigmatisme, il peut faire un excellent service armé!

Obs. XVIII. — *Astigmatisme H. Simple.*

M. K., Consultation du 31 octobre 1913. O. D. ± 5 R. C.
 O. G. ± 125 R. C.

Sans verres : O. D. = $1/25$ non amélioré par les verres sphériques.
 O. G. = 1

Après correction par les verres cylindriques :

$$\begin{array}{ll} \text{O. D.} & 90^\circ + 4 = 1/2 \text{ fort} \\ \text{O. G.} & 90^\circ + 0,75 = 1 \end{array}$$

Sujet propre au service armé avec les verres cylindriques.

Ons. XIX. — M. G..., 22 ans, Bordeaux.

Astigmatisme : ODG + 2,75 R. G.

Sans verres : O. D. V = 4/3 O. G. V = 4/3

Verres sphériques n'améliorent pas.

$$\text{ODG} \quad 90^\circ + 2 \quad V = 1$$

Sujet, sans verres cylindriques, bon seulement pour le service auxiliaire; avec les verres cylindriques, propre au service armé.

Ons. XX. — M. Louis D..., 13 ans, La Réole.

$$\text{ODG} \pm 3,50$$

Sans verres : O. D. V = 4/7 O. G. V = 2/10

$$\text{O. D.} \quad 90^\circ + 3 + 0,50 \quad V = 8/10$$

$$\text{O. G.} \quad 90^\circ + 3 \quad V = 7/10$$

Aucune amélioration par verres sphériques.

Ce sujet, impropre à tout service sans verres cylindriques, est avec ces verres propre au service armé.

Nous avons recueilli ces observations dans l'espace d'une année; on peut par là apprécier approximativement la fréquence de pareils faits et se rendre compte du nombre d'astigmes que comprend chaque contingent annuel.

III

Les astigmes simples, dont il est très facile de relever l'acuité visuelle, sont donc relativement fréquents. Au moment où la natalité, malheureusement si faible dans notre pays, nous oblige à prendre tous les hommes valides, le gros bataillon d'hommes, maintenant réformés ou placés dans le service auxiliaire, qu'on pourra à l'avenir appeler au service armé, est vraiment loin d'être négligeable. D'ailleurs un grand nombre de nos confrères de l'armée sont de notre avis.

Dernièrement (mars 1914) M. Plisson a communiqué à la Société de médecine militaire un cas d'astigmatisme composé dans lequel

il obtenait une bonne acuité par l'usage des verres sphéro-cylindriques; à ce sujet il demanda avec nous la révision du règlement.

M. Roufiandis, dans une communication très récente (mai 1914), dit aussi qu'il y a lieu d'accepter les verres cylindriques mais il me paraît trop impressionné par les difficultés de la pratique; il peut être assuré que lorsque les médecins militaires seront munis des instruments convenables (ophtalmomètre, lunettes d'essai, etc.) la simulation dans l'astigmatisme simple ne sera pas plus redoutable que dans les autres vices de réfraction.

Est-il nécessaire que le règlement limite le degré de l'astigmie acceptable dans l'armée? A mon avis cette limitation est inutile; il faut prendre pour base l'acuité visuelle et utiliser tous les verres qui relèvent suffisamment cette acuité.

Dans un intéressant travail publié en 1908 dans le *Bulletin Médical*, MM. Coullaud et Ginestous (1), défendant l'opinion développée dans notre article de 1899, ont très judicieusement observé que les raisons données pour rejeter les verres cylindriques ne sont pas valables.

Examinons ces objections les unes après les autres. Les adversaires des verres cylindriques prétendent :

1^{re} Que les astigmates ne peuvent être bons tireurs;

2^{re} Que le prix des verres cylindriques est très élevé;

3^{re} — Que chaque verre cylindrique, avec son axe particulier à chaque homme, est un verre individuel impossible à prévoir dans un approvisionnement.

I. — Les conditions d'un bon tir, telles qu'elles ont été précisées par Coullaud et Ginestous (1) démontrent que, même avec une vue médiocre, on peut très facilement voir le guidon et le placer au milieu du but, de la cible, que le tireur ne voit que vaguement puisqu'il lui est impossible de nettement fixer deux objets à la fois. D'ailleurs, puisque l'acuité visuelle est relevée par les cylindres jusqu'au $\frac{2}{3}$ et même l'unité, pourquoi l'astigme tirerait-il mal quand il est muni de son verre?

II. — Le prix du verre sphérique simple, concave ou convexe ne saurait être pris en considération; les verres sphéro-cylindriques atteignent un certain prix, mais les cylindres simples sont très

(1) COULLAUD et GINESTOUS, Des conditions d'aptitude physique, relatives à l'appareil de la vision envisagées dans l'armée française et les armées étrangères. *Bulletin médical*, 1908, p. 367 et 317.

bon marché, aussi bon marché que les verres sphériques.

III. — En ce qui concerne l'individualisation du verre, nous pourrions répondre qu'il suffirait en temps de paix de bien déterminer l'axe du verre cylindrique et sa valeur dioptrique, d'inscrire ces mesures sur le livret de l'homme et de mettre de côté, dans le régiment de réserve ou de territoriale auquel il appartient, le verre correcteur dont il a besoin ; mais nous avons mieux que cela à offrir. Il suffirait d'avoir en magasin des lunettes comme celles que j'ai soumises à la Société de médecine militaire (novembre 1912)(1). Ce sont des lunettes pourvues d'un verre rond, plus favorable d'ailleurs à une bonne vision que les verres ovales, lunettes permettant au verre d'occuper des positions différentes à la volonté du malade ou de l'oculiste et cela à l'aide d'un outillage insignifiant.

Elle est pourvue d'une vis qui peut être serrée ou desserrée à volonté ; il suffirait d'avoir dans le magasin de réserve des verres ainsi montés pour que le médecin régimentaire puisse, séance tenante, au moment d'une mobilisation, pourvoir le soldat d'un verre cylindrique nécessaire à l'exécution d'un bon tir et à l'accomplissement de tous ses devoirs.

Il me semble que l'adoption de ces lunettes, à verres ronds, constituées par des verres faciles à serrer et à desserrer et pouvant prendre extemporanément toutes les positions nécessaires, est de nature à lever les dernières objections faites à l'entrée des astigmates dans le service actif.

Il est impossible, en effet, de soutenir que les astigmates corrigés ne peuvent être bons tireurs et que le prix de revient des verres est excessif ; les objections tombent d'elles-mêmes devant la pratique journalière de tout oculiste et il me semble que l'adoption de la lunette que je propose supprime le dernier obstacle qui tenait à l'individualisation du verre cylindrique, puisque sans le secours d'aucun opticien, il est possible de donner aux verres toutes les positions désirées.

Il n'y a donc dans l'état actuel de la science et de la pratique ophtalmologique aucune raison de ne pas admettre dans l'armée l'usage des verres cylindriques.

(1) COULAUD et GINESTOUS, La vision des tireurs. *Archives d'ophtalmologie*.

LA TARSORRAPHIE EXTERNE DANS LE TRAITEMENT DE L'ENTROPION SPASMODIQUE

Par le docteur **A. CANTONNET.**

L'entropion qui apparaît dans les suites opératoires de la cataracte est assez facilement traité par l'ablation du pansement si l'état de l'œil le permet, ou par l'application d'agglutinants, quelquefois même d'une suture cutanée si l'état de l'œil nécessite encore le pansement; on évitera, en posant celui-ci, de faire remonter les tissus de la face, ce qui prédispose au renversement de la paupière.

Mais l'entropion spasmodique vrai, celui du tout jeune enfant ou surtout celui du vieillard aux paupières flasques, est parfois d'une ténacité désespérante, alors même qu'il n'existe aucune cause d'appel locale, telle que conjonctivite chronique, stagnation des larmes, eczéma léger de la paupière, etc.

Les applications de bandelettes adhésives, d'agglutinants divers, restent sans succès à cause de l'humidité de la région; on pense aux serre-fines qui figurent dans l'énumération des traitements de l'entropion, mais personne ne les applique jamais à cause de leurs multiples inconvénients; enfin, c'est par les sutures cutanées que l'on se décide à agir, mais celles-ci « coupent » si la suture est faite à même la peau, elles risquent de s'infecter si un bourdonnet de gaze l'en sépare; ce bourdonnet recueille en effet les larmes écoulées, les sécrétions de la peau et forme un excellent milieu de culture; nous en dirons presque autant des fragments de drains qu'on substitue à la gaze. De plus, ces corps étrangers sur lesquels sont appliquées les sutures forment des saillies sans cesse traumatisées, si un pansement ne les recouvre, ce qui nécessite le maintien d'un pansement. Malgré cela, la durée des sutures est éphémère et, bien qu'elles laissent souvent à leur suite des cicatrices, nous avons tous vu, après leur chute ou leur enlèvement, la récurrence de l'entropion.

Au palliatif, souvent insuffisant, que sont les sutures, je préfère la tarsorrhaphie externe faite sur une étendue de quatre à cinq millimètres tout au plus. Cette intervention, qui n'est guère plus importante ou plus douloureuse que l'application de deux sutures,



NEIPPERG

COMTE DE NEIPPERG

(D'après l'ouvrage du Dr MAX BILLARD, *Les notes de Marie-Louise*, Perrin éditeur.)

G. STEINHEIL, Éditeur



DE CAMOËNS

G. STEINHEIL, Éditeur



MARÉCHAL DE RANTZAU

G. STEINHEIL, Éditeur



ANDRÉ DE FOIN, SEIGNEUR DE LEPARRE

(Cliché Giraudon).

G. STEINHEIL, Editeur



NELSON

G. STEINHEIL, Editeur



JEAN PHILIPPON SLEIDAN

G. STEINHEIL, Editeur



COMTE DE PAGAN

G. STEINHEIL, Editeur



DAVID DE SIETTEN

G. STEINHEIL, Éditeur

est propre et efficace; il n'y a aucune infection secondaire, pas de cicatrice consécutive, pas de nécessité à conserver, au delà de 2 ou 3 jours, le pansement. La déformation de l'orifice palpébral qui en résulte est moindre qu'on ne pourrait le croire et le malade éprouve un tel soulagement de la disparition de son entropion que cette considération prime l'autre de beaucoup.

Pour l'avoir plusieurs fois essayé, je sais que cette petite intervention est absolument efficace; elle est aussi durable qu'on le désire: lorsque tout état spasmodique a disparu, il est facile de libérer de dedans en dehors, en plusieurs fois, par pas en avant d'un millimètre, les paupières.

Comment agit la tarsorrhaphie? D'une part, en rendant plus court l'orifice palpébral et surtout, d'autre part, en rendant solitaires l'une de l'autre les deux paupières, l'inférieure ne pouvant basculer sans que la supérieure en fasse autant; ceci étant impossible, l'entropion ne peut se reproduire.

Cette intervention si minime, que peut-être d'autres opérateurs emploient déjà dans la cure de l'entropion spasmodique, mais que cependant je n'ai vu signaler en aucune publication classique, rend des services véritables; j'espère qu'elle passera dans la pratique courante et qu'elle gagnera droit de cité dans les traités.

LES BORGNES CÉLÈBRES

Par les docteurs **COULOMB** et **CABANÈS**.

Richelet a eu tort d'écrire dans son *dictionnaire*, que *borgne* est un mot injurieux: la perte d'un œil, nous n'aurons pas de peine à le démontrer, ne nuit jamais au talent ni au génie, pas plus que, chez le beau sexe, elle ne détruit les charmes d'un joli visage.

Pour la consolation des monoculistes, ainsi qu'on disait jadis, des hétéroptalmes, disons-nous aujourd'hui, si l'on veut bien nous concéder ce terme plus rigoureusement étymologique, parcourons le vaste champ de l'histoire et glanons-y à loisir quelques épis pour lier notre gerbe.

L'histoire abonde en héros privés d'un œil. Ce n'est point parce qu'ils furent borgnes qu'ils se comportèrent en braves, mais

l'organe qu'ils perdirent dans les combats atteste leur vaillance.

Plusieurs noms se pressent sous notre plume, il nous faut choisir parmi les plus illustres.

Le premier qui s'offre à nous est *Horace*, dit *Coclès*.

Bien qu'il eut perdu un œil dans un combat, il n'en soutint pas moins le choc des ennemis : lors du siège de Rome par Porsenna (507 av. J.-C.), il arrêta avec deux de ses compagnons, les Étrusques devant le pont Sublicius et donnait ainsi aux Romains le temps de rompre le pont qui livrait l'entrée de la ville. Lui-même échappant à ceux qui le poursuivaient, sauta tout armé dans le Tibre d'où il regagna la rive.

Blessé à la cuisse, il fut boiteux le reste de sa vie. Quelque soit lui reprochant un jour ce défaut si honorable : « Chaque pas que je fais, répondit-il, me rappelle le souvenir de mon triomphe. »

Horatius Coclès avait d'honorables antécédents, il était issu d'un des trois frères qui se battirent contre les trois Curiaces.

« Les Capitaines anciens les plus belliqueux et qui ont fait de plus grandes choses par astuce et ruse de guerre inventée de bon esprit ont esté borgnes, comme Philippe, Antigone, Annibal et Sertorius. » Cette remarque de l'auteur des *Vies des hommes illustres* (1) appelle confirmation.

Philippe II, roi de Macédoine, père d'Alexandre le Grand, parfait général malgré ses infirmités, était à la fois borgne et boiteux.

On conte que Philippe, ayant conçu quelques doutes sur sa paternité lorsque naquit Alexandre (356 av. J.-C.), envoya consulter l'oracle de Delphes, qui lui répondit d'avoir la plus grande vénération pour Jupiter Ammon ; on lui persuada que, comme il avait regardé à travers les fentes d'une porte sa femme Olympias, jouer sur son lit avec un énorme serpent, c'était Jupiter lui-même qu'il avait aperçu sous cette forme : en punition de sa curiosité, il devait perdre l'œil qui avait observé le mystère.

Ces fables amusaient les Grecs ; aussi les multipliaient-ils à l'envi. En voici une qui, pour n'être pas plus vraisemblable que la précédente, est plus séduisante et plus connue.

Aster, d'Amphipolis, archer resté célèbre pour son adresse, offrit un jour ses services à Philippe, en lui assurant qu'il ne

(1) PLUTARQUE, *Vies des hommes illustres*. — Traduct. AMYOT ; Paris, 1559, p. 398. Le grec dit pour *borgnes* ἑτερόθυμοι.

manquait jamais un oiseau même dans son vol le plus rapide.
« Je vous prendrai à mon service, lui répondit Philippe, lorsque je ferai la guerre aux hirondelles. »

Piqué de la plaisanterie, Aster allait s'enfermer quelque temps après dans Méthone, assiégée par le roi de Macédoine et décochait à celui-ci une flèche portant cette inscription : « A l'œil droit de Philippe ! » Il le lui crevait en effet. Le roi fit renvoyer la flèche avec cette autre inscription : « Si Philippe prend la ville, Aster sera pendu. » La ville fut prise et Aster paya son adresse de sa vie.

Alexandre le Grand avait dans son entourage un autre hétéroptalmie que son père : c'était un de ses capitaines, *Antigone* surnommé *le cyclope*, et que Lucien traite de monoptalmie : « Ἀντίγονος ὁ μονόφθαλμος (1). » Il avait perdu un œil à la guerre.

De même *Annibal*, mais dans des circonstances particulières qui méritent d'être rappelées.

Un des plus grands parmi les capitaines de l'antiquité, Annibal, avait battu les Romains dans les plaines de la Trébie (218 av. J.-C.). Bien qu'un chemin plus long mais plus facile se fût offert à lui, il prit la voie la plus courte, qui conduit en Étrurie, à travers des marais où l'Arno avait, en ce temps, débordé plus qu'à l'ordinaire. Durant quatre jours et trois nuits ses soldats marchèrent dans l'eau et la vase, enfonçant jusqu'à la ceinture.

« Quant à Annibal, nous dit Tite Live (2), dont les yeux avaient souffert des brusques variations de chaud et de froid ordinaires au printemps, il était monté sur le seul éléphant qui survécut, afin d'être plus élevé au-dessus de l'eau. A la fin, les veilles, l'humidité de la nuit, l'atmosphère empestée des marais rendirent son mal plus violent encore et comme il n'avait ni le temps ni les moyens de se soigner, il perdit l'un des deux yeux (3). »

Juvénal (4), dans une satire, où il invoque la paix et la con-

(1) LUCIEN, *Œuvres* Μικροβίοι, parag. II, Amsterdam, 1743.

(2) TITE LIVE, *Histoire romaine*, livre XXII, II : Ipse Hannibal, æger oculis ex verna primum intemperie, variante calores frigoraque, elephanto, qui unus superfuerat, quo altius ab aqua exstaret, vectus, vigilis tamen et nocturno umore palustrique cælo gravante caput, et quia medendi nec locus nec tempus erat, altero oculo capitur.

(3) *Altero* est pris ici dans le même sens que le grec ἑτερος, l'un des deux.

(4) JUVÉNAL, *Satire* X.

corde, dit combien est vaine la gloire des plus grands généraux,

Expende Hannibalem : quot libras in duce summo

Invenies

O qualis facies et quali digna tabella,

Quum Gætula ducem portaret bellua luseum.

« Mettez dans la balance les cendres d'Annibal. Combien de livres pèse aujourd'hui ce grand capitaine ?... La bonne figure, le bon modèle à peindre que ce borgne guindé sur son éléphant. »

Un autre général romain, *Sertorius*, vainqueur de Metellus et de Pompée, fut blessé pendant la guerre marsique. Voici la relation de l'accident donnée par Plutarque (1) :

Mais quoy qu'il fust parvenu à la dignité de Capitaine, il ne laissa point pour cela de hasarder aussi hardiment sa personne, comme eust fait un simple soudard, ains feït de merveilleuses armes de sa propre main, sans s'espargner aux plus dangereuses meskées, tellement qu'à la fin, il y perdit un œil qui luy fut crevé en combattant (2) de quoy tant s'en fault qu'il eust honte que, au contraire, il s'en glorifiait ordinairement. Car les autres, disoit-il, ne portent pas toujours quand et eux les marques et les tesmoignages de leurs prouesses ains les laissent quelque fois à la maison, comme sont les chaines, carquans javelines et couronnes qui leur ont esté donnés par leurs Capitaines pour témoignage de leur vertu : mais luy portoit toujours en quelque lieu qu'il alloit les enseignes de sa vaillance, tellement que ceux qui regardoyent sa perte voyoyent aussi ensemble le tesmoignage de sa valeur.

Tacite (3) relate d'autre part, que *Claudius Civilis*, chef Batave du premier siècle, si fameux dans l'histoire et par sa bravoure et par sa sagesse, était borgne, tout comme Annibal et Sertorius, avec lesquels on le compare toujours à cause de ses belles actions et de la perte de son œil.

Flavius, frère du fameux Arminius, le héros populaire germain et père d'Italus, roi des Chérusques, servait avec distinction parmi les Romains. Ces derniers l'estimèrent pour sa fidélité et n'oublièrent pas qu'il avait perdu un œil honorablement dans un combat donné sous le commandement de Tibère.

Bajazet, le sultan célèbre, était également privé d'un œil. A Ancyre, en 1402, Tamerlan remporta sur lui une grande victoire

(1) PLUTARQUE, *Vie de Sertorius*, traduction d'Amvot, Paris 1559, ch. IV.

(2) Le texte grec dit : τῶν ὀφθαλμῶν ἀπὸ τοῦ ἐχθροῦ ἐκρούεσθαι.

(3) TACITE, *Histoires*. Livre VI, 15.

et le fit prisonnier avec toute sa famille. S'apercevant que son ennemi était borgne et songeant que lui-même était boiteux, il s'écria : « Qu'est-ce donc que ces grands empires de la terre qui passent si facilement d'un borgne à un boiteux ? »

Au quatorzième siècle, la Bohême vit un borgne illustre : Jean de *Trockowa*, gentilhomme ayant embrassé le métier des armes, se signala dans toutes les occasions et perdit un œil en combattant, ce qui le fit appeler *Zizka*. On dit que ce capitaine s'était proposé pour modèle Annibal tant au physique qu'au moral (1).

Comme il assiégeait le château de Raby, *Zizka* monta sur un arbre, pour encourager ses gens. Une bombarde, en passant près de lui et en fracassant les branches, lui fit sauter un éclat de bois dans son bon œil. Bien qu'aveugle, il ne cessa point, paraît-il, d'être redoutable.

Louis de *Maugiron* est représenté sur une peinture de l'époque, l'orbite droite largement béante ; cette disgrâce ne l'empêcha point de s'attirer les faveurs d'Henri III. Il périt, le 27 avril 1578, près de la Bastille dans un duel célèbre dit des *trois contre trois* : Quélus, Maugiron et Livarot, mignons d'Henri III, contre d'Entragues, Riberac et Schomberg, favoris du duc de Guise.

En 1547, le célèbre poète portugais de *Camoëns*, s'embarquait comme simple soldat pour le Maroc afin de prendre part au siège de Mazagan. Il paya partout de sa personne, et dans un engagement devant Ceuta, il eut l'œil droit emporté d'un coup de feu. Cela ne lui valut d'ailleurs ni avancement ni récompense et son sort n'en devint que plus incertain à son retour dans sa patrie.

A cette même époque vivait André de *Fère* ou de *Foix*, seigneur de *Lesparre*. Dans un combat qu'il soutint contre les Espagnols, il fut éborgné de l'œil gauche et plus tard devint même aveugle.

Le seigneur de *Roquetaure*, ce maréchal de France qui avait quitté l'état ecclésiastique pour suivre le parti d'Henri de Navarre, et qui était dans le carrosse royal lorsqu'Henri IV fut frappé par Ravaillac, avait perdu l'œil droit.

C'est à son propos que Tallemant des Réaux raconte l'anecdote suivante :

(1) Certains portraits représentent *Zizka* privé de l'œil droit, d'autres borgne de l'œil gauche !

« Roquelaure, qui avait perdu un œil, s'avisait un jour de demander à une vendeuse de maquereaux si elle connaissait bien les mâles d'avec les femelles : « Jésus, dit-elle, il n'y a rien de plus aisé, les mâles sont borgnes. »

Christian IV, roi de Danemark, ne trouvait, dit-on, rien de plus agréable en sa personne que le manque d'un œil, perdu dans un combat naval qui eut lieu le 1^{er} juillet 1644 entre la flotte danoise et la flotte suédoise à Kolbergerheide, près de Kiel. Un boulet suédois avait atteint le pont du vaisseau où se trouvait le roi et des débris de bois et de fer le blessèrent à l'œil droit et à l'oreille. Le roi fut renversé par un officier qui tomba mourant près de lui, mais il fut vite debout, cria d'une voix puissante qu'il était vivant et recommanda à chacun de faire son devoir. Personne ne soupçonna que l'œil du monarque fût éteint pour toujours. Au château de Rosenborg, à Copenhague, on garde le mouchoir que porta le roi comme pansement sur l'œil blessé (1).

Blaise-François de Pagan, célèbre ingénieur militaire et général français, fut l'un des maîtres de Vauban. En 1621, au siège de Montauban, un coup de mousquet lui enleva l'œil gauche.

Guillaume de Beaufort, baron de Canilhac, conseiller du roi et sénéchal d'Auvergne, reçut à la guerre plusieurs blessures et y perdit l'œil droit. Ce fait lui valut une pension de trois mille livres.

Claude Berhier du Metz : suivit dès l'âge de 16 ans la carrière des armes, passa dans l'artillerie et reçut au visage, pendant la campagne de 1657, des éclats de mitraille qui lui enlevèrent l'œil gauche et une partie du nez.

On raconte qu'un jour la dauphine, ayant aperçu du Metz au dîner du Roi, dit tout bas à Louis XIV : « Voilà un homme qui est bien laid. — Et moi, répondit celui-ci, je le trouve très beau, car c'est un des hommes les plus braves du royaume. »

Si nous en croyons le P. Bouhours (2), Josias, comte de Rantzau, maréchal de France, avait perdu un œil au siège de Dôle (1636), une jambe au siège d'Arras (1640) et était estropié d'une main. On ne vit peut-être jamais un général plus mutilé que lui : on ne

(1) Nous tenons le récit de cet événement de M. Krieger, chef du cabinet civil de S. M. le Roi de Danemark, Christian X.

(2) DOMINIQUE BOUHOURS, *Manière de bien penser dans les ouvrages d'esprit*, 1687.

comptait sur son corps pas moins de soixante blessures ! Il en avait tellement reçu pendant sa glorieuse carrière qu'on put mettre cette épitaphe sur son tombeau :

Du corps du grand Rantzau tu n'as qu'une des parts :
L'autre moitié resta dans les plaines de Mars.
Il dispersa partout ses membres et sa gloire,
Tout abattu qu'il fût, il demeura vainqueur :
Son sang fut en cent lieux le prix de la victoire
Et Mars ne lui laissa rien d'entier que le cœur.

Le général autrichien *Jean-Charles de Thungen*, qui était né avec deux dents, fut privé de l'œil droit par un coup de feu, nous ignorons en quelle circonstance. Les vers qui suivent furent écrits en son honneur :

Unoculo des, Arge ! Manus, et cedito palma
Quod centum nequeunt, unicus ille videt.
Carole, magnanimi, dux imperterriti, cordis
Siste novercanli jurgia ferre deo.
Nam dextrum rapiens oculum tibi profuit : uno
Plus modo, quam poteris ante duobus, agis.
Cæca licet media sit frons ex parte : quid inde ?
Dextera, qua pugnas, est oculata manus.

« Argus avoue-toi vaincu et cède la palme à un homme qui n'a qu'un œil : ce que cent yeux ne peuvent voir, cet œil unique le voit.

« Charles au cœur magnanime, chef intrépide, cesse d'adresser des reproches à la nature marâtre, car tout en te prenant l'œil droit, elle t'a favorisé : avec un seul œil tu fais plus de choses maintenant que tu ne pouvais en faire auparavant avec tes deux yeux.

« La moitié de ton visage est aveugle, il est vrai, mais qu'est-ce que cela fait ? Ta main droite avec laquelle tu combats est clairvoyante. »

Fait assez ignoré le grand *Nelson* lui-même avait perdu un œil au siège de Calvi (10 juillet 1794) que soutenait alors le général Sir Charles Stuart.

Les éclats de bois et de pierres détachés par un boulet, ayant frappé la batterie où il se tenait, furent projetés dans sa figure et maltraitèrent surtout son œil droit.

L'anecdote suivante dénote l'opiniâtreté audacieuse du célèbre marin. Le Gouvernement anglais voulant dissoudre l'alliance qui avait été conclue entre la Russie, la Suède et le Danemark et qui menaçait sérieusement la domination maritime de l'Angleterre, envoya dans la Baltique une flotte de 32 voiles dont le commandement en chef fut confié à Sir Hyde Parker. Nelson qui venait d'être élevé au rang de vice-amiral, commandait en second (mars 1801). La flotte franchit le Sund que les Suédois ne défendirent pas, et Nelson fit bientôt prévaloir son plan de campagne en se portant devant Copenhague, qui était formidablement défendu. L'ardent Nelson, désespéré des irrésolutions de Parker, offrit de forcer la ligne danoise si on lui donnait seulement dix vaisseaux. L'amiral Parker cédant à son désir lui en confia douze. Une terrible bataille s'engagea le 2 avril et malgré les forces triples des Anglais, les Danois firent montre d'une extraordinaire bravoure. Hyde Parker découragé par la ténacité de cette résistance, hissa bientôt pour toute la flotte, le signal de la retraite. « Savez-vous dit tout à coup Nelson à M. Fergusson, que l'Amiral a hissé le n° 39 ? Peu au courant des signaux, son interlocuteur lui demanda ce que cela signifiait « Tout simplement de cesser le combat », répondit Nelson. Il haussait les épaules en répétant ces paroles qui semblaient lui brûler les lèvres : « Cesser le combat, que je sois damné si j'obéis ! Vous savez, Foley, continua-t-il en s'adressant à son capitaine, vous savez que je suis borgne ? Quand je serais aveugle de temps en temps ! » Et plaçant sa lunette devant l'œil droit qu'il avait perdu : « Je vous assure, dit-il, avec une amère bonhomie que je ne vois pas le signal (1) ! »

Officier d'artillerie dans l'armée russe à l'âge de 16 ans, *Koutousof* monta rapidement en grade dans les guerres de Pologne, de Turquie et de Crimée. Il perdit un œil au siège de Chouma d'une balle qui le frappa à la tempe gauche et sortit par la tempe droite, ce qui ne l'empêcha pas d'être un des plus grands capitaines de la Russie et de devenir prince de Smolensk et feld-maréchal (2).

L'amiral anglais *Willoughby* (3) avait perdu l'œil gauche au

(1) FORGUES, *Histoire de Nelson*. Paris, 1860, p. 89.

(2) BAUDENS, dans ses *cliniques des plaies d'armes à feu* (Paris, 1836, p. 163) relate le cas du général T... qui, en 1815, reçut, à Waterloo, une balle dans l'œil gauche. Cette balle séjourna 12 ans dans l'orbite et fut évacuée spontanément par la bouche.

(3) *La Vie Maritime* n° 20, 25 oct. 1910, p. 561.

combat du Grand Port (de Maurice) (23-24 août 1810). Fait prisonnier par des corsaires, il fut pendant deux ans esclave à Tripoli, s'échappa à bord d'un bâtiment français et se rendit en Russie où le général Koutouzof le nomma colonel. Il est piquant de noter que ces deux officiers étaient alors borgnes l'un et l'autre.

Willoughby avait été blessé dans tous les combats auxquels il avait assisté et comme il avait eu le bonheur de survivre à ses blessures, il avait été surnommé *l'immortel*.

Un autre amiral anglais *Haïsser Trunion*, qui vivait antérieurement à ces deux derniers, est figuré sur les gravures du temps, l'orbite droite inhabitée.

Enfin un quatrième amiral, un Français, celui-là, Zacharie, Jacques-Théodore *Allemand*, qui prit une part active aux guerres maritimes de la Révolution et de l'Empire, n'avait qu'un œil. Nous ignorons lequel attendu que ses biographies ne signalent pas le fait et que les graveurs de l'époque ne se sont pas mis d'accord sur l'œil perdu. C'est tantôt le droit et tantôt le gauche qui est recouvert d'un large leucôme.

Neipperg, le grand maître du Palais de Marie-Louise, qui devint son amant puis son mari, était entré à 15 ans dans l'armée autrichienne. Trois ans plus tard, le 14 septembre 1794, à Doelen, il fut renversé de cheval et meurtri de coups de sabre, dont l'un atteignit l'œil droit qui fut perdu.

Un grand d'Espagne, Don Cipriano *Portocarrero y Palafox*, comte de Miranda, de Montijo et de Mora, dissimulait mal, sous un bandeau noir, la perte de son œil droit.

Thomas *Muir*, avocat et homme politique anglais, fut chassé d'Écosse et condamné à la déportation. Il se réfugia en France et on lui fit à Bordeaux puis à Paris une réception enthousiaste en 1798. Dans les luttes qu'il avait eu à soutenir, il avait perdu l'œil droit.

Le Prince Nicolas *Orlof* qui était ambassadeur de Russie à Londres en 1870 et qui fut plus tard nommé à Paris, avait suivi la carrière des armes avant d'entrer dans la diplomatie. Il avait perdu l'œil gauche au siège de Sébastopol en 1855.

Le lieutenant français *Blancq*, mort en 1909 avec le grade de général commandant de corps d'armée, avait perdu en août 1870, l'œil droit d'un éclat d'obus. Fait prisonnier par les Allemands,

il avait été énucléé à Dusseldorf. Cette mutilation n'avait nullement nui à sa brillante carrière.

Au combat naval de Fou-Cheou, le 23 août 1884, le lieutenant de vaisseau français *Latour* (1), qui commandait le torpilleur n° 43, reçut une balle de revolver dans l'œil droit. Un biscaïen ayant fracassé le bras d'un de ses hommes, ce dernier geignait lamentablement, « De quoi te plains-tu, dit l'officier au matelot, tu as le bras cassé ? J'ai bien une balle dans l'œil et je ne dis rien. » Personne, en effet, autour de lui ne s'était aperçu qu'il avait été si douloureusement atteint.

Les personnages que nous venons d'énumérer ont perdu l'œil à la guerre. Ceux dont nous allons parler, ont été victimes d'accidents ou attentats.

Le plus ancien borgne connu semble être *Lycurgue* qui vivait au neuvième siècle avant Jésus-Christ.

Fils d'Eunome, roi de Lacédémone, Lycurgue, ce législateur qu'ont rendu célèbre ses sages ordonnances, ameuta contre lui un grand nombre de gens dont il avait contrarié les intérêts. Ils l'assaillirent à coups de pierres et l'obligèrent à s'enfuir dans un temple : là, un jeune homme nommé Alcandre, lui donna un coup de bâton sur le visage et lui creva un œil. « Lycurgue ne se laissa point abattre à la douleur ; au contraire, se tournant du côté du peuple la tête haute, il lui fit voir son visage tout sanglant et son œil crevé (2). »

Par un de ces revirements subits qui s'observent souvent dans les foules, on se saisit du coupable et on le livra sur l'heure à sa victime. Contre toute attente, Lycurgue le reçut dans sa maison, ne lui dit jamais le moindre mot désagréable, et s'en fit respecter par sa douceur et ses prévenances. En mémoire de cet accident Lycurgue consacra à Minerve un temple qu'il appela *optileide*, parce que les Doriens de ce pays-là appelaient les yeux *optiles*.

Bien des auteurs assurent que Lycurgue fonda ce temple à Minerve, en mémoire de la guérison de son œil, mais il en est qui soutiennent que ce fut pour la remercier de ce qu'Alcandre ne lui avait pas crevé aussi l'autre œil, comme il avait dessein de le faire.

Devons-nous rappeler que le roi de France *Henri II* fut blessé

(1) P. GAULOT, *Souvenirs et Récits militaires*, 1^{re} série, t. III, p. 176.

(2) PLUTARQUE, *Vies des hommes illustres*. Trad. Dacier. Paris, 1721, t. I, p. 226.

dans un tournoi donné rue Saint-Antoine, à l'occasion du mariage de sa sœur Marguerite avec le duc de Savoie ? Il eut l'œil gauche crevé par les fragments d'une lance brisée. Ce fut Vésale qui le soigna et c'est par lui que nous connaissons le siège et la description de la blessure. Il mourut 11 jours après le traumatisme.

Le Régent, *Philippe, duc d'Orléans*, neveu de Louis XIV, avait perdu un œil par un coup infortuné reçu, croyons-nous, à la chasse.

« Tout le monde soit qu'il étoit borgne, dit de Bar, et travailloit néanmoins sans relâche ! »

Trois autres cas reconnaissent aux circonstances près la même étiologie, ce sont ceux de Venceslas 1^{er}, du duc de Bourbon et de Masséna.

Venceslas 1^{er}, roi de Bohême, surnommé *le borgne*, n'en brille pas moins dans l'histoire en prince clairvoyant et jaloux des droits de la couronne.

Un anecdotier rapporte sur lui l'historiette ci-dessous :

Un jour un valet de chambre cacha dans le lit royal dix mares d'argent, tirés des mines.

Le roi, pendant trois nuits, ne pouvait fermer ni son bon œil ni l'œil crevé à la chasse. Il se crut en-orcelé et, en sa présence, il fit fouiller dans le lit.

On y trouva bientôt les dix mares d'argent et le roi s'écria : Voyez ce larron de sommeil, le plus méchant de tous les voleurs ! Emportez cet argent d'ici au plus vite et partagez-le entre vous.

Le second accident a pour héros le *duc de Bourbon*, premier ministre de Louis XV.

En 1712, il chassait en battue à Marly. Le duc de Berry placé loin de son cousin, vint à tirer et un grain de plomb frappant sur une mare glacée, ricocha et atteignit celui-ci. Depuis ce malheur qu'il avait d'ailleurs supporté avec beaucoup de patience, les malveillants l'appelaient ironiquement, *le borgne*.

Le quatrain suivant adressé par Voltaire à la marquise de Prie, maîtresse de M. le duc, montre que « Mme de Prie avait donné dans les yeux du poète aussi bien que dans l'œil de Son Altesse. »

Io sans avoir l'art de feindre,
D'Argus sut tromper tous les yeux.
Nous n'en avons qu'un seul à craindre,
Pourquoi ne pas nous rendre heureux ?

Ces vers produisirent leur effet : Voltaire qui en était l'auteur fut mis à la Bastille.

Nous devons le récit du troisième accident à un memorialiste quelque peu hableur, le général de Marbot (1).

L'Empereur, accompagné de plusieurs maréchaux, parmi lesquels se trouvait Masséna, chassait à tir dans la forêt de Fontainebleau (1808) et Napoléon ajuste un faisan : le coup mal dirigé porte sur Masséna auquel un grain de plomb crève l'œil gauche. L'Empereur ayant seul tiré au moment de l'accident, en était incontestablement l'auteur involontaire ; cependant, Masséna comprenant que son œil étant perdu, il n'avait aucun intérêt à signaler le maladroit qui venait de le blesser, tandis que l'Empereur lui saurait gré de détourner l'attention de sa personne, accusa le maréchal Berthier d'imprudence bien que celui-ci n'eut pas encore fait feu ! Napoléon, ainsi que tous les assistants comprit parfaitement la discrète intention du courtisan et Masséna fut comblé d'attentions par le Maître.

Bientôt après s'ouvrait la campagne de 1809 contre l'Autriche. Napoléon qui avait songé d'abord à donner à Masséna le commandement en chef de l'armée d'Espagne, le garda avec lui. On prétend que l'archiduc Charles, apprenant qu'il allait encore avoir devant lui le vainqueur de Zurich, s'écria dans un accès de mauvaise humeur : « Voilà encore ce Masséna ! J'espérais pourtant en être débarrassé par son coup de fusil dans l'œil ! »

Nous pourrions ajouter, si le souvenir n'en était pas si récent, le récit d'un quatrième accident de chasse : celui survenu au baron *Alphonse de Rothschild*, qui reçut en 1893 un grain de plomb qui lui creva un œil.

Dans l'histoire contemporaine, le borgne le plus notoire fut sans conteste *Gambetta* (2). Nous ne croyons pas superflu de rééditer l'histoire ophtalmologique du tribun telle que l'a rapportée l'un de nous, dans un de ses ouvrages (3).

(1) GÉNÉRAL BARON DE MARBOT, *Mémoires*, Paris, 1891, t. III, 21.

(2) On a dit qu'un illustre homme d'État moderne, mort il y a quelques années, W.-R. portait un œil artificiel. Le fait est faux, mais il est exact qu'il perdit l'usage de l'œil à la suite d'une opération faite dans l'enfance sur cet œil par Nélaton et dont Parinaud soigna les suites jusqu'à sa mort qui ne précéda pas de beaucoup celle de son malade. Un autre homme politique, Michele Copino, un des plus remarquables ministres de l'Instruction publique qu'ait vus l'Italie, n'avait également qu'un œil.

(3) DOCTEUR CARANÈS, *Cabinet secret de l'Histoire*, t. IV, p. 282.

Gambetta était enfant ; il avait à peine huit ou neuf ans. Une après-midi qu'il flânait par les rues de Cahors, sa ville natale, l'idée lui vint de s'arrêter devant la boutique d'un des voisins de son père, le coute-lier Galtié pour le regarder travailler. Galtié était occupé à percer des trous dans des manches de couteaux. Il se servait à cet effet d'une sorte d'archet, formé d'un foret et d'une corde à boyau : la corde s'enroulant autour du foret lui donne une forte impulsion et le fait tourner à chaque mouvement de bras. L'enfant, accoudé sur l'établi, considérait avec intérêt le va et vient de l'outil, lorsque soudain l'archet se brisa et le fer vint le frapper à l'œil droit. Le sang jaillit, on conduisit le blessé chez le pharmacien Rouquette, qui déclara que l'œil n'était point crevé (1).

La guérison tardant à se produire, les parents résolurent de faire le voyage de Toulouse, pour y consulter un spécialiste. La maladie, méconnue par le praticien toulousain, n'était autre qu'une cataracte traumatique, avec saillie du globe oculaire : l'œil n'avait pas tardé à grossir démesurément ; il semblait à certains moments, qu'il allait jaillir de l'orbite. Cet état anormal s'accompagna des douleurs les plus vives, au point que Gambetta en vint à réclamer une intervention chirurgicale qui mit fin à ses souffrances.

L'opération s'imposait d'autant plus que l'œil gauche était menacé d'être atteint à son tour, par sympathie ; il y avait donc lieu de ne pas différer plus longtemps l'extraction de l'organe malade pour sauver l'organe encore sain. Un des camarades d'enfance de Gambetta, le docteur Fieuzal, qui avait reconnu le premier l'urgence de l'opération, s'offrit à conduire son ami chez le docteur de Wecker.

C'était au printemps de 1847. « Un soir, en rentrant pour ma consultation, vers cinq heures, nous a jadis conté M. de Wecker, je vis, se penchant devant moi, deux messieurs. L'un d'eux me dit :

« Cher confrère, nous vous avons attendu ici afin que vous ayez la bonté de nous recevoir tout de suite. Je vous présente un ami pour lequel je désirerais votre avis. » — « Je fis entrer ces messieurs dans mon cabinet, poursuit M. de Wecker, et, après avoir invité le malade à s'asseoir dans la chambre noire, à côté de la lampe, je demandai à mon confrère de quoi il s'agissait. « Vous le verrez facilement, me répondit-il, nous vous prions seulement de nous donner franchement votre opinion. »

L'affection était banale, et M. de Wecker n'eut aucune peine à la reconnaître. « La partie antérieure du globe de l'œil, sillonnée par des vaisseaux dilatés, avait pris un volume tel que les paupières distendues n'arrivaient qu'à peine à recouvrir cet organe difforme. »

(1) BARNOT, *Vie de Gambetta*, p. 15. Le roi de Hanovre Georges V s'était également blessé étant enfant, en jouant avec une bourse qu'il faisait sauter en l'air. A la suite d'une ophtalmie sympathique il devint aveugle, mais cette cécité ne l'empêcha pas de régner.

Gambetta s'était présenté chez le docteur de Wecker un vendredi. L'opération fut décidée, séance tenante, pour le mardi suivant. « La gêne occasionnée par cet œil difforme et perdu totalement pour la vue avait suffi pour en décider de suite l'ablation, sans enquête préalable, sauf la question sur les circonstances dans lesquelles la blessure de l'organe s'était effectuée. »

Le docteur de Wecker avait été frappé de la résolution du jeune homme, qui acceptait avec tant de sang-froid une opération à laquelle si peu de gens consentent sans de nombreuses hésitations.

L'opération avait été décidée pour le mardi à dix heures du matin. A l'heure précise, le docteur de Wecker, accompagné de son assistant le docteur Borel (de Rouen), faisait son entrée dans le modeste logis occupé par Gambetta. Gambetta habitait, rue Bonaparte, près de Saint-Germain-des-Prés, un tout petit appartement au cinquième, ayant pour le servir une très vieille femme, « que je pris — c'est de Wecker qui parle — pour une bonne à tout faire, mais que l'on me dit, afin de prévenir un manque d'égards de ma part, être la tante de Gambetta ». Étaient également présents le docteur Fieuza et quelques amis du jeune avocat. Bien qu'assez répandu dans les cénacles, le nom de Gambetta n'avait pas franchi un certain cercle : n'oublions pas qu'on était au mois de juin 1867 par conséquent cinq mois avant le procès Baudin, qui fut, comme on le sait, l'origine de la fortune du tribun.

Les présentations faites, les médecins se mettaient à l'œuvre. Gambetta se coucha résolument et on le soumit aussitôt aux inhalations d'éther.

Une minute ne s'était pas écoulée que le malade dormait profondément. « L'opération se passa très simplement et put être exécutée avec la plus grande rapidité, bien qu'il s'agit de l'ablation d'un œil en forme de poire, qui avait le double de sa longueur normale : le diamètre antéro-postérieur n'avait pas moins de cinq centimètres. » La rapidité avec laquelle l'œil fut enlevé surprit les opérateurs eux-mêmes. « Gambetta avait supporté les premières suffocations produites par l'anesthésique sans laisser paraître l'angoisse qu'on ressent au début de l'inhalation. » Trois jours après l'opération, le malade était sur pied.

S'il nous était permis de parler des vivants, nous pourrions imputer un certain nombre d'accidents à l'automobile, entre autres celui qui, survenu en 1912, priva de l'œil droit le célèbre *Marcini* (1).

Pour terminer, il nous reste à énumérer un certain nombre de personnages devenus borgnes soit par maladie, soit par des causes diverses que nous ignorons.

(1) Si nous nous croyons autorisés à citer ce nom, c'est que le récit de l'accident a paru tout au long dans de nombreux journaux italiens, par exemple dans *L'Avvenire d'Italia* du 15 novembre 1912.

De ce nombre est le consul romain, ami de Cicéron (1), *Caius Sextius Galvinus* :

Appius coenabo, inquit apud te huic lusco familiari meo C. Sextio : uni enim locum esse video. Est hoc scurribe, et quod sine causa laccessivit : et tamen id dixit, quod in omnes luscis conveniret :

Appius dit un jour à Sextius : mon ami (vous savez qu'il est borgne), « je souperai ce soir chez vous car je vois qu'il y a place pour un ». Cette plaisanterie bouffonne était d'autant plus déplacée que Sextius ne l'avait en rien provoquée et qu'elle pouvait s'appliquer à tous les borgnes.

Pierre Flotte, Chancelier de Philippe le Bel, était, au dire de Moberi (2) un homme, violent et avare, *borgne* et mal fait de son corps. Il fut le principal auteur des impôts (maltôtes) dont les Flamands furent si mécontents, que, pour s'en délivrer, ils prirent les armes en 1302.

Mézeray (3), dans la vie de Philippe le Bel, dit qu'il ne faut pas s'étonner de ces faits parce que Pierre Flotte était borgne : les borgnes sont de ceux qu'on dit être *marqués au B* et l'on dit d'un homme malin qu'il est *marqué au B* pour dire qu'il est *borgne*, bossu ou boiteux, parce que ceux qui sont tels sont ordinairement malins... Mais cela doit se mettre au rang des proverbes (4).

Le médecin-historien Nicolas Vignier (5) assure que le roi *Philippe I^{er}*, « surnommé le Long et par la vieille chronique de Flandre, le Borrenge, était bon homme de soy ».

Heiss (6) raconte de son côté que « l'empereur d'Allemagne, *Albert I^{er}*, duc d'Autriche, dit le Triomphant, à cause de sa générosité, de sa valeur et de plusieurs batailles qu'il gagna sur ses ennemis, fut aussi surnommé *le borgne*, parce qu'ayant en sa jeunesse avalé du poison dont il faillit mourir et les médecins l'ayant fait suspendre par les pieds, la tête en bas, pour le lui faire vomir, il n'en put être si bien quitte qu'il ne lui en coûtât un œil ».

Cette disgrâce ne l'empêcha pas d'avoir le coup d'œil si nécessaire aux grands capitaines, ajoute en manière de réflexion un his-

(1) CICÉRON, de *Oratore*, livre II, ch. XL, 246.

(2) MOBERI, *Grand Dictionnaire historique*. Lyon, 1674.

(3) MÉZERAY, *Histoire de France*. Paris, 1643-1651.

(4) *Dictionnaire de Trévoux*, 1704, art. B.

(5) NICOLAS VIGNIER, *Sommaire de l'Histoire de France*. Paris, 1579, p. 321.

(6) JEAN J. HEISS, *Histoire de l'Empire*. Paris, 1784, t. I, livre II, ch. XXIV.

toriographe, puisque malgré son accident, ce héros de la Maison d'Autriche, a gagné en personne 12 batailles.

« Il haïssait, disait-il, les flatteurs et les médisants et aimait sur-tout trois sortes de personnes : les honnestes femmes, les ecclésiastiques craignant Dieu et les vaillants hommes. »

On connaît au moins de nom les Malatesta, célèbre famille guelfe d'Italie qui domina à Rimini.

Le premier de ces grands hommes fut Malatesta de Verruchio (1212-1312), cité par Dante à côté de son fils Paolo. Il eut quatre fils : le boiteux Giovanni, le beau Paolo, le difforme Pandolfo et le borgne *Malatestino*. C'est ce dernier qui succéda à son père et ce fut sous son règne que s'accomplit le drame immortalisé par Dante. Paolo séduisit la femme de son frère Giovanni, la belle Francesca : Giovanni surprit les amants et les tua.

Jean Despuustère, dit le Ninivite, grammairien fameux, fut également borgne ainsi que l'indique ce distique qu'Adrien du Hecquet fit placer sur son tombeau :

Hic jacet unoculus, visu proestantior Argo,
Nomen Joannes cui Ninivilafuit,

Gui Patin a composé sur lui cet épitaphe :

Grammaticam scivit, multos docuitque perannos,
Declinare tamen non potuit tumulum.

« Il savait la grammaire qu'il enseigna nombre d'années et cependant il ne put décliner le tombeau. »

Jean Philipppson Sleidan, célèbre historien allemand, qui s'était attaché au cardinal du Bellay, fut député de Strasbourg au concile de Trente. Il avait perdu l'œil droit.

Pé-Fournier était un procureur célèbre du temps de Boileau qui le cite dans sa première satire : on le prétendait borgne et, pour dissimuler cette infirmité, il portait des lunettes, ce qui lui attira cette épigramme de Boursault :

Pé-Fournier méchant borgne et procureur subtil,
Contre un jeune avocat déployant son babil
Dit qu'au lieu de raisons, il contait des sornettes,
Des inutilités d'un orateur transi.
« Mes raisons répondit, l'avocat, sont fort nettes
« Et rien n'est inutile ici
« Qu'un des verres de vos lunettes. »

David de Stetten, conseiller de Ferdinand III et de Léopold I^{er} avait perdu l'œil droit, qui était devenu leucomateux.

Saint-Simon rapporte que « la petite vérole avait éborgné *Phéliepeaux*, mais que la fortune l'avait aveuglé ». *Phéliepeaux* était ce théologien, élève et ami de Bossuet, mais ennemi partial et acharné de Fénelon.

Frédéric Pfeffel, ce diplomate français qui fut plusieurs fois chargé d'affaires pour les cours de France et d'Allemagne, était hétéroptalme de l'œil gauche.

Dans des temps plus modernes, nous devons réserver une place dans notre galerie de borgnes notoires, à un homme dont un savant illustre, Monge, a pu dire qu'il eut « toutes les sciences dans la tête et tous les arts dans la main ». *Conté* ne fut pas seulement ingénieur, physicien, mécanicien ; il eut aussi un véritable talent comme peintre ; mais c'est par son génie inventif qu'il sut appliquer dans toute l'étendue du domaine scientifique, qu'il s'est surtout fait connaître.

On ne saurait dénombrer toutes les applications pratiques des sciences physiques et mécaniques qui lui sont dues : tantôt exécutant un outil pour frapper les monnaies, tantôt une machine hydraulique pour remplacer celle hors d'usage de Marly ; tantôt des crayons qui portent encore son nom ; s'occupant, à un autre moment, du blanchiment des toiles ou de l'aérostation militaire qui le compte au nombre de ses précurseurs.

Un accident vint très fâcheusement interrompre les travaux qu'il poursuivait, dans son laboratoire de Meudon.

Il était occupé d'une expérience nouvelle sur l'action réciproque des gaz et des vernis.

Plusieurs matras étaient remplis des différents gaz en expérience : une lumière était dans le laboratoire mais à l'extrémité. Il déboucha l'un des matras. Malgré l'ordre qu'il avait donné, la porte était restée entr'ouverte. Le courant d'air ayant porté le gaz hydrogène jusqu'à la lumière, aussitôt éclatait une violente explosion. On accourut au bruit et on trouva l'expérimentateur dans un état déplorable la face et les mains tout ensanglantées.

Ses élèves et ses amis étaient plongés dans la désolation, on envoyait tous les jours du Directoire pour savoir de ses nouvelles. Bientôt, on acquit la douloureuse conviction qu'il avait perdu l'œil gauche. La plaie était à demi cicatrisée que *Conté* se remettait au travail.

Nous devons ranchir quelques lustres pour arriver à un borgne qui jouit d'une notoriété d'une autre espèce, mais qui n'en fut pas moins considérable.

Originaire de la Savoie, *Buloz* eut tôt fait de conquérir Paris. Après avoir été administrateur du Théâtre-Français, — il n'y avait pas alors de directeur — François Buloz fondait la célèbre *Revue des Deux-Mondes*. La malicieuse épigramme qui lui fut décochée par Émile Augier et Régnier, nous révélerait, si elle ne nous était connue par ailleurs, sa triste infirmité.

Buloz, qui par sa grâce a su se faire aimer,
Lorsque la mort viendra le prendre,
N'aura plus qu'un œil à fermer
Et n'aura pas d'esprit à rendre.

Le chansonnier montmartrois *Paul Delmet*, que nombre de nos lecteurs ont pu connaître, était, lui aussi, hétérophtalme. Au café qu'il fréquentait, il avait, paraît-il, l'habitude d'appeler le garçon en frappant son œil artificiel avec une pièce de monnaie (1).

Nous n'aurions garde de ne pas faire figurer sous notre rubrique les médecins qui, malgré la perte d'un œil, se sont créé dans notre profession une situation privilégiée.

Dans l'ancienne Faculté de médecine de Paris, nous pouvons citer le nom de *François Blondel*, qui fut doyen en 1658.

Sur le jeton de Mauvillain, qui fut doyen du temps de Molière, on voit un cyclope rendu aveugle par Ulysse avec la devise *vero lumine cæcat*. Ulysse, c'est Mauvillain lui-même, le cyclope c'est Blondel, le plus processif des docteurs, qui était borgne. Les deux doyens avaient eu un grand procès. L'heureux vainqueur transformé en Ulysse, rappela le fait à la postérité en crevant l'œil de son antagoniste. « Ce trait de Mauvillain fut heureux mais peu honnête, dit de Borden (2). Il est des difformités de corps, soit dans le visage, soit ailleurs, qu'il faut respecter même dans des ennemis ; ils ne sont pas responsables des marques qu'ils portent sur leur visage ; les plaies et les cicatrices de leur cœur dépendent d'eux. La postérité ne demandera pas si Blondel fut borgne mais s'il eut des qualités du cœur et de l'esprit, s'il fit à sa mémoire quelque tache indélébile. »

(1) Ce détail nous a été confirmé par un familier du poète.

(2) THÉOPHILE DE BORDEU, *Recherches sur l'histoire de la médecine*, 1764.

Michel Cullerier, médecin de Bicêtre en 1783, devint borgne dans les circonstances qui suivent : opérant une adénite inguinale suppurée, il reçut un jet de pus dans l'œil gauche. Par suite de la conjonctivite qui se déclara, il perdit l'usage de cet organe, ce qui l'obligea à porter un bandeau (1).

Le médecin strasbourgeois *Thomas Lauth* ne recourait même pas à cet artifice : il laissait voir son orbite évidée et sa paupière tombante.

Miquel, le fondateur du *Bulletin général de Thérapeutique*, avait perdu un œil, nous ne savons de quelle manière, mais Debout, son successeur à la direction du journal, nous dit qu'il portait un œil artificiel et que nul parmi ses clients ou ses élèves ne s'en était aperçu (2).

Un chirurgien que notre génération, volontiers oublieuse, ne place pas à son rang, bien qu'il ait connu la grande notoriété, fut affligé de la même infirmité.

« *Giraldès*, écrit le professeur Guyon (3), n'aurait pas renoncé à une nouvelle compétition — après avoir conquis les grades d'agrégé et de chirurgien du Bureau central, il se proposait de concourir pour la place de professeur de clinique chirurgicale, qui devait échoir à Nélaton — s'il n'avait pas été victime d'un accident grave qui l'atteignit au moment même où la place de chef des travaux anatomiques était de nouveau vacante en 1854.

« Il remplaçait à la Charité le professeur Gerdy et faisait l'autopsie d'un sujet qui présentait une ossification du larynx. L'élève chargé d'inciser le cartilage thyroïde cherchait à le diviser avec des ciseaux. Tout à coup, une des branches de l'instrument se rompt et vient frapper avec force l'œil droit du chef de service. Les soins les plus assidus ne devaient pas remédier à cette blessure, et les complications qui en furent les résultats entraînèrent la perte de l'œil.

Un semblable malheur entrava longtemps la carrière de Giraldès, mais il n'ébranla pas son amour du travail. Il ne s'arrêta même pas devant les douleurs sympathiques et menaçantes qui souvent

(1) C'est tout à fait dans les mêmes circonstances qu'un jeune interne des hôpitaux perdit un œil il y a quelques années. Il ne voulut pas abandonner son champ opératoire pour aller désinfecter sa conjonctive et ne se livra à cette mesure de précaution qu'une fois son opération terminée. Une conjonctivite très grave se déclara qui nécessita l'énucléation.

(2) DEBOUT, *Bulletin général de thérapeutique*, 1862, p. 89.

(3) Eloge prononcé à la Société de Chirurgie, le 17 janvier 1877.

retentirent dans l'œil gauche. Il fit moins d'anatomie, mais se garda bien d'abandonner toutes ses recherches, il ne renouça pas davantage à l'exercice de la chirurgie et se livra plus que jamais à la bibliographie.

Trait particulier: le premier travail de Giralès a trait à des *Études anatomiques sur l'organisation de l'œil*, considéré chez l'homme et dans quelques animaux; et son dernier discours, « rempli de science et d'esprit », selon l'appréciation autorisée du professeur Guyon, fut consacré à la myopie!

Un contemporain de Giralès, l'anatomiste *Charles Robin* avait perdu l'œil gauche à l'âge de 10 ans (1821) à la suite d'un coup de bâton.

En janvier 1869, le docteur H..., décédé en 1910, était interne de *Parrot*. En pratiquant l'autopsie d'un avorton athrepsique qui présentait une suppuration des deux poumons et de toutes les glandes salivaires, il se contamina: comme il était très myope, il ôtait et remettait sans cesse son lorgnon. Il eut une ophtalmie purulente des deux yeux. On en sauva un, mais Broca dut amputer le segment antérieur de l'œil gauche.

Ce fut le professeur Renaut, de Lyon, de qui nous tenons ces détails, qui donna le chloroforme à son camarade d'internat. Il est à noter à ce propos que le professeur Renaut, alors interne de Guéniot, fut également infecté par le même sujet et présenta un phlegmon de la main gauche.

Notre énumération serait incomplète si nous négligions d'y faire figurer les femmes.

La Princesse d'Évoli était une borgnesse, au témoignage de Sainte-Foi. « Son œil unique faisait néanmoins mille et mille conquêtes considérables. Son œil seul a fait soupirer plus d'Espagnols que deux cents autres yeux ensemble, n'ont pu faire. Que n'a point fait cette princesse borgne sous Philippe II, tout prudent et tout politique qu'il était? Bien des femmes donneraient un œil pour jouer le rôle de la princesse d'Évoli! Consolerez-vous donc borgnesses, en considérant que mille et mille gens de bien s'estimeraient très heureux d'être borgnes (1). »

La Comtesse de Morel (2), l'ancienne maîtresse de Henri IV, dont

(1) DE BAR, *Babioles littéraires*. Hambourg, 1761, 30.

(2) ANDRÉ HALLAYS, *En Flanant à travers la France, Touraine, Anjou et Maine*. Paris, 1912, p. 283.

elle avait eu un fils Antoine de Bourbon, avait eu la disgrâce de perdre un œil. Racan lui rima des élégies pour la consoler.

Louis XIV n'avait pas 15 ans que sa robe d'innocence recevait son premier accroc : une femme de chambre d'Anne d'Autriche *Mme de Beauvais* se chargeait de déniaiser le jeune prince. Mme la duchesse d'Orléans, belle-sœur de Louis XIV, écrit à la date du 16 septembre 1715 : « La Beauvais était borgne, elle est la première qui ait appris au roi comment il faut agir avec les dames : elle était bien au fait de la chose car elle a mené une vie déréglée (1). »

A la fin de sa vie, toute vieille et toute borgnesse qu'elle fût, elle ne cessa pas de faire des caprices : elle avait pour amant Proménteau La Vauguyon, mais il paraît qu'elle lui faisait la vie dure, car « ce beau garçon, admirable joueur de guitare, dit Saint-Simon, et adoré de toutes les femmes, se brûla la cervelle dans le lit même de sa maîtresse ».

La duchesse de *Devonshire*, qui épousa en 1774 William Cavendish, fut célèbre par sa beauté. On dit qu'elle conserva tous ses charmes et toutes ses grâces jusqu'à un âge avancé, bien qu'elle eût perdu un œil. Elle cachait son œil éteint à l'aide d'une mèche de cheveux qu'elle disposait adroitement pour dissimuler son infirmité.

Nous est-il permis de citer encore le nom de *Nina Lassave*, la maîtresse du conspirateur Fieschi, qui était privée de l'œil droit ?

Nous ne voudrions pas clore ce travail sans effleurer au moins le domaine de la mythologie.

Nous n'insisterons pas sur la légende des Grées, nymphes devenues vieilles (d'où leur nom γῆραι, vieilles femmes) dès leur naissance qui, à elles trois, n'avaient qu'une seule dent et qu'un seul œil, dont elles se servaient chacune à leur tour. Encore Persée eut-il la cruauté de leur arracher cet œil collectif (2).

Le cyclope *Polyphème* qui eut son œil unique crevé par Ulysse, ne saurait être davantage notre justiciable.

Par contre, *Wotan*, appelé aussi *Odin*, père des Walkyries, était bien un hétéroptalmie. Comment le devint-il ? La légende nous donne deux versions de cet événement.

(1) *Correspondance de Madame*, p. 469.

(2) *Cuourré, Dictionnaire abrégé de la Fable*, Paris, 1777, 152.

« A la racine du Frêne du monde se trouve une source. Près de celle-ci est assis le géant Mimir, qui puise de son eau sainte pour nourrir l'arbre du monde. Chaque jour, une fois, il boit lui-même de cette eau pour étendre sa sagesse. Le récipient dans lequel il boit est un œil de *Wotan*, que celui-ci lui a donné autrefois en paiement, pour acheter le droit de boire de la sagesse, à la source sacrée (1). »

L'*Edda* raconte également que, jaloux de posséder le plus précieux des biens, la sagesse, *Wotan* alla trouver Mimir, le sage par excellence; le successeur du vieux *Kvasir* : il suivit assidûment ses leçons comme disciple soumis et attentif, et quand le disciple fut devenu maître, quand il sentit que la sagesse lui était venue, il paya généreusement le philosophe d'un de ses yeux, voulant témoigner par là du prix qu'il attachait au service que Mimir venait de lui rendre.

Mais voici une autre interprétation :

« Pourquoi *Odin* était-il borgne ? Ce grave pourquoi, les astronomistes l'ont résolu, nécessairement d'après leur imperturbable système d'interprétations sidérales. *Odin* était le Dieu Soleil, le soleil étant l'œil de la nature et la nature n'ayant qu'un œil, *Odin* devait naître borgne (2). »

Ne nous arrêtons pas plus qu'il ne convient à ces mythes et tirons des nombreux exemples historiques cités au cours de ce travail cette conclusion : que l'hétérophthalmie ne fut jamais pour les sujets qui en ont été atteints, un empêchement au développement de leurs qualités naturelles.

On trouve dans toutes les professions, des borgnes qui s'y sont illustrés, et qui ont su pallier, plus ou moins heureusement, les disgrâces de la nature ou les périlleux hasards de la guerre.

(1) HERMINE, MORIUS, *Aus unserer Vater Tugen*, Dresde, s. d., 21. Traduction du docteur F. LANDOLT.

(2) X.-B. SAINTINE, *la Mythologie du Rhin*, 1876, 104, 107.

FAITS CLINIQUES

BLÉPHARITE, KÉRATITE, IRITIS ET RÉTINITE DANS LA LÈPRE

Par **A. GABRIELIDÈS** de Constantinople.

Il s'agit dans cette observation d'une lèpre tuberculeuse avec manifestations multiples et importantes, tant au point de vue de la localisation, de la forme, de la rareté, et des examens microscopiques.

OBSERVATION. — M. P. H. B., âgé de 21 ans, vient nous consulter en juin 1913. La première manifestation lépreuse d'après le malade date de 4 ans : à cette époque on voyait dans la figure et sur le corps, de nombreux tubercules et des taches pour lesquels il a suivi un traitement interne et externe d'après les ordonnances du regretté **Zambaco Pacha** et du docteur **A. Siniosoglou**. Nous laissons de côté la description des manifestations lépreuses extra-oculaires, en nous bornant aux lésions oculaires.

Œil droit. — Madarose partielle des cils et des sourcils; petits tubercules du bord libre des paupières, siégeant sur un léger œdème luisant et formant un ruban le long des bords libres des paupières. La sensibilité à la douleur est diminuée.

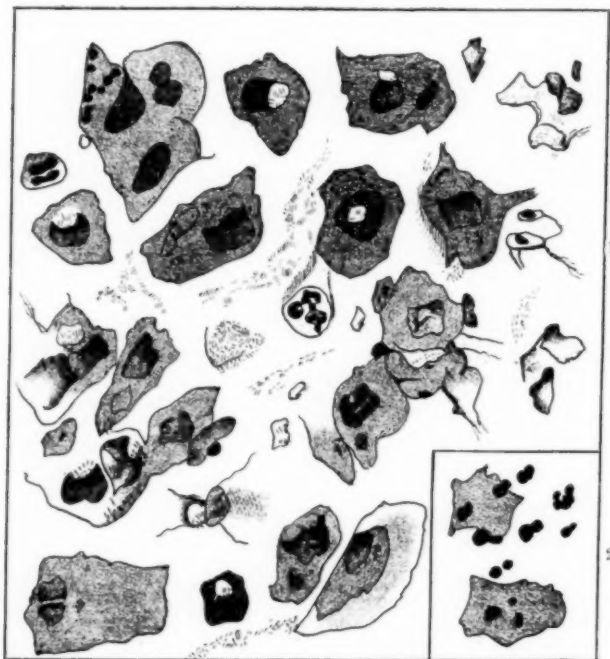
La conjonctive palpébrale est intacte; la conjonctive oculaire est injectée; l'injection est plus prononcée dans la région périkératique, à laquelle prend part aussi le tissu épiscléral. Pas de tubercules dans cette région. La cornée est parsemée, à sa partie supérieure seulement, de nombreuses petites taches formant des points arrondis réguliers ou irréguliers d'une couleur très blanche, éclatante au centre entouré d'un halo blanc. Les dimensions des taches varient entre des points fixes invisibles à l'œil nu, jusqu'à un demi-millimètre de diamètre; la cornée, au point où les taches ne se touchent pas, est transparente. Ces taches sont situées dans l'épithélium antérieur. Quelques petits vaisseaux dépassent le limbe.

L'iris ne présente pas de tubercules, ses stries périphériques circulaires ont une couleur anormalement accentuée d'un gris-blanc bleuté, l'architecture de sa face antérieure n'est pas bien nette. L'atropine dilate imparfaitement la pupille, qui prend une forme ovale à axe vertical; on ne voit pas de synéchies dans l'aire pupillaire dilatée.

Les milieux et le fond ne présentent rien d'anormal. Un examen par le procédé de la pression digitale fut tenté mais le malade refusa de se

soumettre parce que cet examen était douloureux. La vision est égale à 4/3.

Oeil droit. — Madarosis ; œdème en ruban ; nodules. Conjonctive oculopalpébrale normale ; injection périkeratique nulle ; kératite pointillée, intra-épithéliale identique à celle de l'O. G., aucune vascularisation sur la cornée. Raies périphériques de l'iris moins prononcées que l'O. G. Pupille franchement dilatable, circulaire. Fond normal. Vision 2/3.



1, cornée ; — 2, paupière.

Examen microscopique. — Tubercules du bord libre des paupières. Frottis. Très grande abondance de bacilles de Hansen.

Larmes. — Pas de bacilles de Hansen.

Cornée. — Cocainisation à répétition. Nous avons enlevé avec une lancette-curette à cornée une tache qui fut étalée sur lame et examinée. L'examen montre une grande abondance de bacilles de Hansen situés isolément par petits et grands amas et par des trainées longues et serrées en dehors de toute cellule. D'autres bacilles se voient à l'intérieur des cellules épithéliales de la cornée. Ils y sont situés isolés ou par paire,

ou par petits amas à l'intérieur des noyaux. Ces petits amas à l'intérieur des noyaux sont logés dans un espace vide constitué par eux ; lorsque les bacilles sont situés à la périphérie du noyau, ils sont logés dans une dépression dont la circonférence interne est pycnosée. On voit bien que parmi les bacilles qui forment l'amas, il y en a quelques-uns qui sont moitié dans le noyau et moitié dans le protoplasma de la cellule.

D'autre part on voit des bacilles isolés ou en amas à l'intérieur du protoplasma cellulaire ; on voit même des amas en voie de pénétration à l'intérieur du protoplasma en y formant une dépression comme dans le noyau. Les cellules envahies par les bacilles sont des cellules mononucléaires à protoplasma riche non altéré ou présentant l'aspect d'une vague vacuolisation, à contours plus ou moins réguliers. D'autres cellules forment des amas ou même des plaques épithéliales dans l'intérieur desquelles, tant dans leur noyau que dans leur protoplasma, les bacilles sont rares. Outre ces cellules encore reconnaissables on voit de nombreux vestiges des cellules altérées et méconnaissables remplis de microbes.

Chose à remarquer, on ne voit pas de leucocytes, si ce n'est quelques polynucléaires intacts ne contenant pas de bacilles.

Parmi les cellules épithéliales isolées nous avons trouvé deux cellules portant à leur surface de grosses taches rondes fortement colorées par le Borrel dilué. Il s'agissait très probablement de spores de champignons. Nous nous sommes arrêté à cette opinion par l'analogie d'aspect que nous avons trouvée dans la préparation d'une autre lésion de la peau de la paupière ; il s'agit d'une altération écailleuse de l'épiderme du bord de la paupière supérieure.

On y voit des cellules cornifiées portant des corps sphériques de diamètre de 1 à 3 μ , colorées en bleu par le Borrel d'une façon plus ou moins intense ; en outre de ces corps sphériques on voit des amas ou des unités en dehors des cellules. Nombre de ces corpuscules portent un bourgeon sphérique non détaché encore.

Examen du sang du doigt. — Polynucléaires, 54 p. 100. Mononucléaires, 21 p. 100. Lymphocytes, 24 p. 100. Eosinophiles, 1 p. 100. Le sang d'une lésion du pavillon de l'oreille contient 3 p. 100 d'éosinophiles.

Traitement. — Atropine pour l'œil gauche et huile de chaulmoogra à l'intérieur.

Le malade nous revient au commencement du mois de septembre et nous constatons.

Oeil gauche. — Même état et en plus cinq petits nodules : quatre situés dans le segment externe et supérieur de la zone interne de l'iris ; un nodule est situé juste sur le bord de la pupille. Le cinquième est placé au bord de la papille dans son segment interne. Ces tumeurs sont circulaires, mesurant jusqu'à 1 μ de diamètre et manifestement proéminentes ; leur couleur est, au centre, blanc-jaunâtre, à la périphérie blanc-gris-rouge velouté. Pas de synéchies apparentes. La vision est égale à 1/4 ;

milieux troubles ne permettant pas d'examiner en détail le fond de l'œil. La vision de cet œil s'abaisse graduellement, malgré l'atropine qui ne dilate plus la pupille et le traitement interne ; et aujourd'hui la vision est 1/6.

Œil droit. — Aucun changement ; atropinisation et examen du fond. On voit à la périphérie extrême, externe et inférieure un nombre assez considérable de taches blanches éclatantes, *neigeuses*, proéminentes, de grandeurs différentes, 4-3 millimètres, sans encadrement pigmentaire, situées isolément ou en amas, ressemblant à un amas de boules de neige.

Cette observation appelle quelques réflexions, en particulier à propos de la kératite, de l'iritis et de la rétinite.

Kératite. — Cette forme de kératite *pointillée*, *nodulaire*, *épithéliale* est assez rare. La couleur blanche frappante des points et des taches dans les kératites lépreuses superficielles ou profondes est assez caractéristique ; elle a attiré déjà l'attention des auteurs qui l'ont comparée à de la farine saupoudrée, etc. Dans des observations publiées en 1899 et 1904, nous avons comparé la couleur de l'infiltration de la cornée celle de la neige et du lait. (*Gaz. Med. d'Orient*, 1899, p. 85 et 1904, p. 281.)

La nature de la kératite de notre malade est fort probablement lépreuse. Mais pour le certifier d'une manière absolue il faut procéder à un examen microbioscopique. Cet examen, vu que nous avons déjà constaté les bacilles de Hansen dans la manifestation tuberculeuse de la paupière, paraît de prime abord superflu, si nous prenons en considération que pareils examens sont extrêmement rares et que nous sommes autorisé à établir une fois pour toujours et solidement la cause de cette kératite par des examens répétés ; nous croyons n'avoir pas abusé de notre malade en relevant une pointe du tissu lésé dans laquelle nous avons constaté des bacilles de Hansen ; cette intervention, entre parenthèses, n'est nullement dangereuse ; en 42 heures la réparation de la cornée est complète sans réaction.

C'est la première fois que nous avons constaté le bacille de Hansen dans une kératite chez un de nos malades. Antérieurement nous avons coloré et constaté le bacille de Hansen dans le frottis provenant d'un malade du docteur Trantas. Notre examen, avec la certitude absolue de la nature de ces lésions, nous a révélé des notions importantes, à savoir : que le bacille de Hansen se localise dans l'intérieur du protoplasma, et dans l'intérieur des noyaux

des cellules de la cornée, qu'il y entre par propagation de proche en proche en déprimant le protoplasma et le noyau et en s'y enfouçant sans l'intermédiaire des cellules charriantes ou des leucocytes.

La contamination de la cornée a été faite d'après nous, par la lésion lépreuse du bord des paupières; l'emplacement des lésions cornéennes correspondant exactement à la surface de la cornée frottée par la paupière supérieure; la constatation dans ces deux régions, bord palpébral et cornée, non seulement du même bacille de Hansen mais en plus du même champignon, explique suffisamment cette contamination. Pour compléter cette manière de voir nous rapportons le cas d'un autre lépreux chez qui le bord de la paupière supérieure présentait un manque de substance, une mutilation en encoche; chez ce malade, la cornée qui correspondait à cette encoche et qui frottait sur les limites de cette perte de substance, portait une kératite proéminente en ourlé presque circulaire, laissant à son centre la cornée transparente, c'est-à-dire dans l'endroit où le frottement avec la paupière n'existait pas.

Iritis. — Cette iritis silencieuse a débuté au voisinage de la périphérie de l'iris et dans sa couche épithéliale rétinienne. Elle a provoqué un changement dans la couleur des raies concentriques périphériques de l'iris, point important et ce n'est que plus tard que sont survenues les manifestations nodulaires la surface antérieure de l'iris. Cette forme d'iritis tuberculeuse est déjà une manifestation qu'on ne voit pas souvent.

La nature de ces nodules est évidemment lépreuse, mais pour lui donner le cachet scientifique, il faut y constater le bacille de Hansen; il faut qu'il y ait des indications de pratiquer une iridec-tomie, pour procéder à l'examen microscopique. Pour le moment le malade ne présente pas de symptômes qui dictent une intervention.

Rétinite. — Cette rétinite est digne d'une attention toute particulière parce que sa constatation à l'ophtalmoscope est très rare. Cette rétinite, qui débute vers l'extrême périphérie de la rétine, ne provoque pas d'abaissement de la vision et le malade n'est pas obligé de recourir à nous; mais avec le temps la rétinite progresse d'une part vers le pôle postérieur de la rétine et de l'autre vers le bord de la pupille. Et souvent, avant que les lésions de la rétine soient visibles par l'ophtalmoscopie ordinaire ou par le

procédé de la pression digitale, la base de l'iris et la pupille ont contracté des synéchies, les milieux se sont troublés, d'autres manifestations sur la cornée sont établies, qui empêchent de voir les lésions de la rétine. Chez notre malade c'est une pareille évolution de la rétinite qui d'abord n'a pas donné un abaissement de la vision et plus tard lorsque les synéchies et les troubles se sont établis, il était trop tard pour constater les lésions de la rétine gauche, tandis que dans l'œil droit nous avons eu la chance et le temps de les voir et sans employer le procédé du docteur Trantas. Évidemment ce procédé, dont la valeur et l'utilité n'ont pas besoin qu'on y insiste, aurait permis de voir plus tôt les lésions de la rétine. C'est le premier cas personnel de rétinite que nous observons.

L'aspect et la couleur de cette rétinite est à comparer avec celle des lésions de la cornée et lui donnent un cachet tout à fait particulier sur lequel Trantas a attiré déjà l'attention.

La nature de ces lésions est a priori lépreuse. Mais c'est ici qu'un examen microscopique s'impose plus que s'il s'agissait de lésions iriennes ou kératiques, car dans ces dernières, des examens avec constatation du bacille, de Hansen, quoique très rares, existent cependant ; tandis que semblable constatation dans *une pareille lésion de la rétine et à cette période* serait la première ; elle aurait donc une valeur scientifique des plus remarquables.

Évidemment, pour une pareille constatation du bacille de Hansen, il faut avoir la chance de tomber sur un cas où une énucléation s'impose, où une autopsie fortuite se présente. Ce hasard se présenta à M. Trantas. Il s'agissait d'un malade du service médical du docteur Evelpidès de l'hôpital grec de Yedi-Koulé ; l'observation oculaire de ce malade est déjà publiée par le docteur Trantas. Ce malade, sauf des lésions lépreuses générales, portait des lésions de la rétine visibles par l'ophtalmoscope sans pression digitale, mais mieux précisées et en totalité par la pression digitale. Nous avons constaté ces lésions grâce à l'amabilité de notre collègue. Ce malade était atteint en même temps de tuberculose pulmonaire, caractérisée par les symptômes classiques d'auscultation et de percussion thoracique, certifiée par l'examen de ses crachats fait par nous, dans lesquels nous avons trouvé des acido-alcoolo-résistants ressemblant aux bacilles de Koch, comme grandeur, comme forme, comme granulation, comme nombre et

comme rapport entre les bacilles. Le malade meurt dans le service; l'aspect macroscopique et microscopique des lésions pulmonaires est celui d'une lésion tuberculeuse à bacille de Koch avec existence du bacille de Koch.

Les yeux de ce malade sont confiés par le docteur Evelpidès à M. Trantas. Dans ce cas, la recherche des bacilles dans les régions rétinienues offrait un double intérêt : préciser si ces lésions étaient vraiment lépreuses ou tuberculeuses; dans ce dernier cas on serait en présence de rétinite tuberculeuse chez un lépreux. Nous avons déjà attiré l'attention sur ce fait; à savoir que toute lésion du fond de l'œil chez un lépreux ne doit pas être forcément attribuée à la lèpre. (*Gaz. Med. d'Orient*, 1899 p. 85.) Malheureusement les yeux de ce lépreux, en même temps tuberculeux, n'ont pas pu être utilisés à ce point de vue (1).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*.

Vol. XXIX, 1913.

Analysé par le docteur H. Coppez (Bruxelles).

ELSCHNIG et V. ZEYNEK (Prague). — *Cataracte noire*.

La substance colorante n'a aucun rapport avec la substance colorante du sang. Il ne s'agit pas simplement d'une sclérose du cristallin, mais d'une transformation des substances albuminoïdes, le cristallin prend alors une teinte brune ou noirâtre sans perdre sa transparence.

V. SEPİBUS (Aarau). — *Recherches expérimentales sur la fluorescence du cristallin humain*.

Les contradictions que l'on rencontre chez les auteurs qui se sont occupés de la question dépendent d'une part de ce que leurs résultats ne

(1) Dans un autre cas M. Trantas a encore été assez heureux pour constater le bacille de Hansen dans les lésions de la rétine. Il vient d'en faire une communication à la Société Impériale de Médecine le 23 janvier 1914.

sont pas toujours comparables, d'autre part de ce que l'on a utilisé pour produire la fluorescence des lumières à ondes courtes trop peu intenses.

Les recherches de v. Sepibus, faites à l'aide de la lampe à l'uviolet, dénotent pour le cristallin humain l'existence d'une fluorescence jaune verdâtre, plus intense chez le vieillard que chez le jeune homme et passant, avec l'âge, du vert au jaune.

Les masses intumescents des cataractes traumatiques n'ont pas de fluorescence ; il n'y a pas de fluorescence sur les vestiges capsulaires ou sur les exsudats pupillaires ou dans la pupille aphake. Les recherches faites avec le filtre U. V. de Lehmann (ultra-violet concentré et pur) produisent une fluorescence blanc bleuâtre, avec tendance légère vers le bleu verdâtre ou le jaune verdâtre, surtout chez les sujets âgés.

ASMUS (Dusseldorf). — *Sur l'importance des mensurations exactes dans les avancements musculaires.*

L'auteur fait le procès de la ténotomie, dont le résultat final est toujours douteux ; les strabismes divergents que l'on observe quelques années après une ténotomie du droit interne, parfaite au début, sont dus à la section des ailerons et de la capsule. C'est pourquoi si l'on désire ajouter une ténotomie à l'avancement de l'antagoniste, il faut se borner à la simple incision du tendon.

La méthode opératoire qui a donné le plus de satisfaction à Asmus est celle de Landolt, à laquelle il s'est borné à apporter quelques modifications de détails.

WERNCKE (Odessa). — *Les neuro-récidives après le traitement au salvarsan.*

L'auteur a observé 9 cas de névrite optique, dont quelques-uns graves, après l'emploi du salvarsan. N'ayant jamais constaté rien de semblable après la cure mercurielle, il ne peut s'empêcher d'établir une corrélation entre le salvarsan et l'affection oculaire.

P. KNAPP (Bâle). — *Affection maculaire bilatérale par court-circuit.*

Il s'agit d'une chorio-rétinite maculaire, ayant exactement la forme de la flamme, comme si celle-ci s'était photographiée sur le fond. Cette flamme avait une intensité lumineuse d'environ 150.000 bougies. Cliniquement, l'affection se caractérise au début par un trouble visuel diffus, puis, après huit jours par de la métamorphopsie. Un traitement par des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium à 4 p. 100 et d'iode de sodium à 2 p. 100 ramena l'acuité à la normale en quatre mois environ.

BRUNZLOW (Bonn). — *Contribution à l'étiologie des affections chroniques des voies lacrymales.*

En s'appuyant sur l'examen systématique de 63 cas de dacryocystite

observés à la clinique de Bonn, l'auteur insiste sur l'importance étiologique de l'ethmoïdite antérieure, ainsi que de la sinusite maxillaire. On doit rechercher ces affections non seulement par l'exploration rhinologique, mais aussi par la radioscopie, et cela avant d'entreprendre le traitement.

JUNIUS (Cologne). — *Remarques sur les communications de Czaplowski. Recherches sur le trachome.*

Article de polémique.

R. SALUS (Prague). — *Angiome de la choroïde.*

La tumeur, visible à l'ophtalmoscope, avoisinait la papille. Après énucléation, on reconnut qu'il s'agissait d'un angiome mi-caverneux et mi-simple. L'examen anatomo-pathologique révéla plusieurs particularités intéressantes : 1° dégénérescence kystique prononcée de la rétine, limitée à la région de la tumeur ; 2° décollement de la rétine également localisé ; 3° adhérences entre les couches externes de la rétine et les parties sous-jacentes, sans manifestations inflammatoires ; 4° formation d'une couche plus ou moins consistante, de nature conjonctive ou épithéliale, limitant la tumeur vers l'intérieur de la coque oculaire.

Au point de vue du diagnostic ophtalmoscopique de l'angiome de la choroïde, l'auteur insiste sur les points suivants : 1° dilatation énorme des vaisseaux choroïdiens dans une très grande étendue autour de la rétine ; 2° absence complète de symptômes inflammatoires ou réactionnels de voisinage ; 3° coloration spéciale de la tumeur, blanchâtre, jaunâtre ou bleuâtre. En outre, on a noté, dans la moitié des cas, l'existence de névi vasculaires du visage.

TH. FISCHER-GALATI (Bukarest). — *Affection syphilitique primaire de la conjonctive de la paupière supérieure.*

H. KUHN (Bonn). — *Contribution au traitement des infections consécutives à l'extraction de la cataracte.*

Dans deux cas d'infections, dus au pneumocoque, l'auteur, après les soins antiseptiques d'usage, ouvrit chaque jour la plaie opératoire et évacua l'humeur aqueuse. Le résultat fut favorable.

J. MELLER (Vienne). — *Sur la question de l'ophtalmie sympathique spontanée.*

L'auteur attribue à l'ophtalmie sympathique une origine endogène. Il insiste sur les irido-cyclites spontanées qui atteignent surtout les femmes et qui désorganisent rapidement l'œil et parfois aussi son congénère ; il ne croit pas à un élément tuberculeux.

H. KUHN (Bonn). — *Sur le traitement des affections des voies lacrymales, avec remarques particulières sur les formes invétérées.*

L'auteur insiste sur les insuccès fréquents de la thérapeutique ; ce fait est dû à ce que l'on a considéré les affections des voies lacrymales comme primitives. En réalité elles sont toujours secondaires à une affection générale (syphilis ou tuberculose) conjonctivale, nasale ou osseuse de voisinage.

Le nez a une importance étiologique considérable. On distingue : 1° les affections du méat inférieur, de la cloison et du cornet inférieur ; 2° les sinusites antérieures, surtout les variétés hyperplastiques, décelables surtout à la radiographie.

Le traitement varie d'après le facteur étiologique, mais on ne doit pas s'attendre à des succès constants : les voies lacrymales sont parfois remplies de granulations, de pseudo-polypes ; les parois deviennent aussi tout à fait fibreuses.

Kuhn conseille de s'abstenir du cathétérisme avec des sondes rigides ; il pratique des irrigations sous une pression modérée, après mise en état des points lacrymaux et injection d'adrénaline-cocaïne dans le sac.

Si le liquide ne pénètre pas dans le nez, on peut se servir d'une sonde molle en baleine ; un obstacle dans le canalicule commande l'incision totale de ce dernier jusqu'au sac ; si l'atrésie siège à l'isthme, on utilise le stricturotome.

Si la guérison ne s'obtient pas ainsi, si le patient ne peut se soumettre à un traitement régulier ou s'il y a lieu de pratiquer une opération sur le globe, on doit supprimer le sac lacrymal ou établir une nouvelle communication entre le sac et le nez.

La destruction chimique du sac n'est indiquée qu'en cas de phlegmon ou de fistule. L'extirpation chirurgicale est une opération aisée ; Kuhn n'est pas partisan de l'ablation simultanée systématique de la glande lacrymale palpébrale, pas plus que de l'introduction de canules métalliques à demeure.

En ce qui concerne l'établissement d'une nouvelle voie vers le nez, on a proposé de nombreuses méthodes dans ces dernières années.

Toti perfore la fossette lacrymale ; c'est une *dacryocystorhinostomie*. West et Polyak pratiquent une résection fenêtrée du canal nasal par la voie nasale. Von Eicken ouvre le sinus maxillaire et résèque la paroi osseuse du canal nasal qui fait saillie dans la cavité du sinus.

Kuhn croit que ces divers procédés ont des indications différentes. L'opération de West-Polyak convient aux cas où le canal nasal est oblitéré, les voies supérieures étant intactes ; celle de von Eicken aux cas compliqués de sinusite maxillaire ; celle de Toti à tous les autres cas, quand au moins un point lacrymal et le canalicule correspondant sont normaux ; mais elle est surtout indiquée dans les ectasies du sac.

A. DETOIT (Montreux). — *Recherches sur la médication calcaire interne (kalmopyrine) dans quelques affections oculaires.*

L'auteur a obtenu de bons résultats dans les affections serofuleuses de l'œil par l'administration interne de kalmopyrine.

H. KUHN (Bonn). — *Sur le traitement du trachome.*

L'auteur énumère les données principales de la thérapeutique du trachome. Il n'y a pas de traitement systématique, mais il faut tenir compte du degré de l'affection, de la position sociale du malade, du milieu où il vit, etc.

Le traitement *médicamenteux* par le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre est de longue durée; il réclame en moyenne trois ou quatre ans. La guérison n'est pas assurée et les récives fréquentes. Ce traitement est indiqué dans les cas récents et dans les régions non infectées.

Le traitement *mécanique* donne de bons résultats à la période papillaire. Kuhn a imaginé l'expression des granulations; il blesse ainsi moins l'épithélium qu'avec le forceps de Knapp; on peut y adjoindre quelques galvano-cautérisations prudentes des granulations qui ont échappé à l'expression.

Dans les régions infectées, l'on doit être plus *radical*; on peut recourir à l'excision simple des culs-de-sac, à l'excision combinée des culs-de-sac et du tarse, à l'ablation du tarse. L'excision de la conjonctive est contre-indiquée dans les cas récents et dans ceux en voie de rétraction cicatricielle: dans ces derniers, on se trouvera bien de l'ablation des cartilages, laquelle prévient d'autre part l'ectropion et guérit le pannus. Une xérose consécutive n'est pas à craindre.

On a préconisé dans ces dernières années la photothérapie, radium, rayons Röntgen, lampe de quartz. Les résultats sont encore douteux et peu durables.

F. SCHIECK (Königsberg). — *Sur l'infection endogène après l'opération de la cataracte.*

Infection grave, douze jours après l'opération, sans participation de la plaie. Administration de sérum de Deutschmann. Guérison.

M. MOHR et S. COWEL BECK. — *Sur la papillite, symptôme précoce de la syphilis héréditaire.*

Jaffa en 1905 et Heine en 1910 ont démontré que la névrite optique est très fréquente chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire; d'après Heine, la proportion est de 81,9 p. 100.

Les auteurs ont examiné 128 cas.

Papillite confirmée: 62 cas.

Papillite douteuse: 19 cas.

Normale : 47 cas.

Sur 86 enfants âgés de 1 semaine à 3 mois : 58 p. 100 de papillite

19	—	3 à 6 mois	: 31	—	—
21	—	6 à 18 mois	: 33	—	—

Ces chiffres apportent une confirmation nouvelle des recherches antérieures. La papillite est un symptôme fréquent et important de la syphilis héréditaire.

Ed. F. WERDENBERG (Bâle). — *Sur la rétinite consécutive à l'éclipse de soleil.*

Travail fort étendu et fort documenté qui comprend d'abord une partie astronomique et une partie historique.

L'auteur fait ensuite l'histoire des troubles oculaires relatés depuis l'antiquité.

Partie clinique. — Il s'agit d'une brûlure de la rétine au niveau de la région maculaire. L'auteur s'appuie sur 188 cas pour établir la symptomatologie de cette lésion ; 22 cas appartiennent à la clinique de Bâle ; les autres ont été recueillis dans la littérature ; il étudie successivement l'acuité visuelle et le scotome. Celui-ci est positif, absolu, central, noir ou gris ; il mesure de 1/2 à 1°. Viennent ensuite les altérations du champ visuel périphérique, les images consécutives, la métamorphopsie, qui est un symptôme particulièrement défavorable et les lésions ophtalmoscopiques.

Comme traitement, l'iode de potassium et les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium donnent de bons résultats.

II. — Archives d'ophtalmologie d'Albr. de Græfe.

(Vol. LXXXII.)

Analysées par le docteur L. Weekers, chargé de cours à l'Université de Liège.

SIEGMUND GIENSBERG. — *Les substances lipoides de l'œil. Contribution à l'étude de la rétinite albuminurique*, pp. 1-58.

Les lipoides existent normalement chez l'homme dans quelques organes : les capsules surrénales et la prostate. A l'état pathologique, on observe la présence de lipoides dans certaines néphrites, dans les foyers tuberculeux et syphilitiques en dégénérescence, dans diverses tumeurs, dans l'actinomyose. Dans les lésions de la rétinite albuminurique, on décèle également l'existence de lipoides. Ces substances s'observent surtout dans le protoplasme des cellules rétiniques de toutes espèces. L'accumulation de lipoides est trop peu considérable pour être visible à

l'examen ophtalmoscopique; ces substances n'interviennent donc pas pour expliquer l'aspect caractéristique des lésions de la rétinite albuminurique. L'existence de lipoides dans les cellules doit être considérée comme l'indice d'un trouble de la nutrition cellulaire; ces substances ne sont pas de provenance sanguine, mais bien plutôt un produit anormal du métabolisme cellulaire.

Les autres lésions que l'auteur a observées plus particulièrement dans la rétinite albuminurique sont l'œdème du tissu de la rétine, la présence d'exsudats fibrineux, des foyers d'hémorragie, des foyers de dégénérescence des fibres nerveuses, des exsudats sous-rétiniens.

Les lésions de la rétinite albuminurique sont le résultat très vraisemblablement de l'action de substances toxiques circulant dans le sang.

VAN DER HOEVE. — *Pression osmotique et conductibilité électrique des liquides intraoculaires et du sérum sanguin*, pp. 58-74.

Comme Nuel et d'autres auteurs l'avaient déjà démontré, l'auteur constate qu'il n'existe pas à ce point de vue de relation constante entre les liquides intraoculaires et le sérum sanguin.

CARLINI. — *Structure et développement de la zonule de Zinn*, pp. 75-149.

DE KLEIN et NIEUWENHUYSE. — *Les affections du nerf optique et de la rétine*, pp. 150-176.

Dans toute une série de cas de traumatismes crâniens graves, de contusion violente notamment, les auteurs ont observé en l'absence de toute lésion ophtalmoscopique un rétrécissement concentrique du champ visuel et un agrandissement de la tache aveugle. En même temps, il existait dans tous les cas une perturbation dans les fonctions labyrinthiques. Le point de savoir s'il existe une relation entre ces deux ordres de symptômes n'est pas élucidé.

MARTIN ZADE. — *Les anticorps de la cornée*, pp. 183-214.

L'auteur a décelé dans la cornée la présence en quantité notable des différents anticorps (précipitines, hémolysines, agglutinines et aussi d'opsonines). La proportion de ces anticorps augmente dans la cornée, lorsque l'œil est irrité et à la suite de la ponction de la chambre antérieure. La participation de la cornée, à l'immunisation générale est donc manifeste; l'inefficacité de la sérothérapie antipneumococcique dans les ulcères serpiginieux est due très vraisemblablement à l'insuffisance du sérum lui-même.

GERSHEIMER. — *La provenance tuberculeuse de la périphlébite rétinienne des adolescents*, pp. 215-229.

Avec Axenfeld, Gersheimer admet que les hémorragies récidivantes du

vitré survenant chez des sujets jeunes, sont de provenance tuberculeuse. Il relate 3 observations dans lesquelles la tuberculose paraît bien être le seul facteur étiologique auquel on puisse rattacher les lésions. Le traitement de ces cas par la tuberculine fut d'une efficacité assez inégale.

KAPUSCINSKI. — *Le pronostic de la kératomalacie*, pp. 229-240.

Le pronostic *quoad vitam* de cette affection n'est pas aussi sombre qu'on l'admet d'ordinaire ; sur les 36 cas de kératomalacie observée à Halle depuis 1907, 17 enfants survivent. Abstraction faite de la mauvaise nutrition générale de ces enfants, la broncho-pneumonie est une cause fréquente de l'issue fatale. Cette complication survient après l'hospitalisation des patients, plus souvent que dans les cas ambulatoires ; peut-être, est-elle favorisée par le séjour au lit. La relation entre l'affection oculaire et la dénutrition n'est pas toujours étroite ; parfois chez des enfants, au plus mal au point de vue général, on observe qu'un œil seul est pris, tandis que chez d'autres enfants dont la santé est meilleure, les deux yeux se perdent.

BIRCH-HIRSCHFELD. — *Le traitement du décollement rétinien*, pp. 241-299.

Le procédé employé fut le suivant : évacuation préalable de l'exsudat sous-rétinien par ponction de la sclérotique au moyen d'une seringue de Pravaz ; injection dans le vitré de ce même exsudat, de liquide physiologique ou d'un mélange des deux. L'injection de l'exsudat pur ou mélangé donna lieu à des phénomènes d'irritation très passagers et sans gravité d'ailleurs, mais qui ne se produisirent pas après l'injection de liquide physiologique.

Dans 19 cas observés pendant un an les résultats furent les suivants : 8 fois l'amélioration fut manifeste et durable (recollement de la rétine, rétablissement du champ visuel, amélioration de la vision) ; dans 4 cas, l'amélioration obtenue fut médiocre ; résultat nul dans 3 cas ; progression de l'affection dans 4 cas.

Ce traitement est susceptible de perfectionnement.

BROWN. — *Une forme particulière d'infiltration de la choroïde*, pp. 300-316.

Un homme, âgé de 58 ans, avait subi 35 ans auparavant un traumatisme de l'œil droit par suite de la projection de fer en fusion. On observait dans cet œil du symblépharom, un pseudoptérygion, une scléusion pupillaire et une abolition de la vision. L'autre œil était complètement normal.

L'examen anatomo-pathologique fait après énucléation permit de reconnaître l'absence de toute perforation. Il existait néanmoins une infil-

tration étendue à toute la choroïde et présentant tous les caractères de l'inflammation sympathisante.

RUBEL. — *La transillumination de l'iris*, pp. 347-346.

Pour se mettre dans des conditions toujours identiques, l'auteur se sert chaque fois de la même lampe de Sachs dont l'intensité lumineuse ne varie guère. Les paupières étant écartées, la lampe est appuyée perpendiculairement sur le globe derrière l'équateur. Dans ces conditions, il n'est pas rare que l'iris normal laisse passer la lumière; le degré de transparence est en rapport avec la coloration de l'iris, il diminue à mesure qu'on passe des iris bleus aux bruns.

Lorsqu'un iris s'éclaire ainsi par transparence une zone péripupillaire reste sombre à cause de la présence à ce niveau du sphincter; de même une bande étroite périphérique qui est due probablement à l'ombre projetée par le corps ciliaire. Les navis apparaissent comme des taches sombres.

Dans les yeux atteints de cataracte sénile, la transparence de l'iris augmente et il existe même une certaine proportion entre le degré d'opacification et la transparence de l'iris.

L'atrophie sénile de l'iris n'augmente pas sa transparence; son amincissement est dû à une sorte de condensation du tissu irien.

PURTSCHER. — *Angiopathia retinae traumatica. Lymphorrhagies de la rétine*, pp. 347-371.

Ces lésions se produisent après de graves traumatismes de la tête provoquant une brusque et forte hypertension du contenu du crâne (chute sur la tête, fracture de la voûte avec enfoncement).

A l'ophtalmoscope, on observe dans le voisinage de la papille, et s'étendant jusque vers la macula, des taches blanchâtres de dimensions variables, siégeant dans les couches internes de la rétine et paraissant en connexion avec les veines. D'autre part, il existe une quantité variable d'hémorragies veineuses en foyers maculaires ou striés; la papille elle-même est normale ou le siège de symptômes inflammatoires plus ou moins marqués. Les taches blanchâtres seraient dues à l'épanchement de lymphes dans la rétine.

HERRENSCHWAND. — *Recherches expérimentales sur le traitement de l'ophtalmie gonococcique par l'airol*, pp. 372-382.

Depuis 12 ans, à la clinique d'Innsprück, l'ophtalmie gonococcique est soignée avec succès au moyen de fréquents lavages à l'eau stérilisée, et de la poudre d'airol (dérivé du dermatol).

Les recherches bactériologiques démontrèrent que mélangé aux milieux de culture dans la proportion de 0, 01 : 100, l'airol empêche le développement du gonocoque. L'action bactéricide est due à la mise en liberté d'iode. L'airol augmente aussi la phagocytose.

GILBERT. — *Contribution à l'étude du glaucome*, pp. 389-574.

Considérations nombreuses et variées sur la pathologie, la pathogénie et le traitement du glaucome, qu'il n'est pas possible de résumer toutes dans une analyse. Pour l'auteur, la pathogénie du glaucome chronique n'est pas différente essentiellement du glaucome aigu ; il ne s'agit que d'une différence de degré. Comme d'autres auteurs, il admet que la cause primaire du glaucome réside dans une altération vasculaire ; même lorsque les vaisseaux périphériques paraissent normaux, on observe d'ordinaire chez les glaucomateux les indices de lésions vasculaires au niveau de certains organes comme les reins et les poumons.

L'hypertension glaucomateuse serait provoquée par les altérations vasculaires locales et aussi par l'augmentation de la tension générale ; ce dernier facteur expliquerait les bons effets de la saignée employée depuis des années à la clinique de Munich dans le traitement du glaucome.

TAKAYASU. — *Dégénérescence graisseuse primaire de la conjonctive*, pp. 475-488.

Description de deux cas de cette rarissime affection.

KUGEL. — *Vision binoculaire et correction optique chez les anisométropes*, pp. 489-503.

La correction optique complète de chaque œil chez les anisométropes n'est pas bien tolérée en général, à cause d'une espèce d'antagonisme des deux images rétiniennes, l'une d'entre elles, celle de l'œil le moins corrigé, étant habituellement exclue de la vision.

RÖMER et GEBB. — *Nouvelle contribution à l'étude des propriétés anaphylactiques de l'albumine du cristallin*, pp. 504-508.

Certains auteurs ont admis que l'albumine du cristallin agit comme albumine étrangère à l'organisme et peut donc donner lieu à des phénomènes d'anaphylaxie. Ces auteurs démontrent qu'il n'en est rien en injectant du cristallin de cobayes à des cobayes préparés.

BEHR. — *Contribution à l'étude de l'influence des radiations lumineuses sur l'œil*, pp. 509-542.

L'auteur relate l'observation de plusieurs patients présentant des troubles oculaires par suite de leurs occupations les obligeant à fixer des objets très éclairés. Cessaient-ils de regarder ces objets pendant quelques instants, quand ils y revenaient, la vue était troublée.

D'autre part leur vision était meilleure par un faible éclairage que par une lumière intense.

Objectivement, on observait un certain degré de conjonctivite, localisée à la fente palpébrale et de plus une altération très marquée de l'adap-

tation rétinienne. Ces troubles sont très vraisemblablement sous l'influence des rayons ultra-violet. On les observe aussi dans l'aphakie.

Vol. LXXXIII.

OHM. — *Le nystagmus des mineurs.*

Ce travail constitue une véritable monographie de cette affection, dans laquelle l'auteur, grâce au nombre considérable de ses observations personnelles, émet des considérations originales sur les nombreux problèmes encore obscurs concernant le nystagmus des mineurs, sa symptomatologie, sa pathogénie et ses conséquences au point de vue de la capacité ouvrière.

Au moyen d'un ophtalmoscope de son invention permettant d'examiner les deux yeux à la fois, Ohm analyse ces oscillations oculaires du nystagmus et constate, contrairement à ce qui est admis communément, que les oscillations dans les deux yeux sont loin d'être toujours symétriques, un oeil par exemple peut s'abaisser tandis que l'autre s'élève; on peut observer de même des déplacements de convergence et de divergence. Dans chaque oeil considéré isolément, les oscillations peuvent se produire pour ainsi dire dans tous les sens.

Concernant cette question importante des relations existant entre les accidents et le nystagmus, Ohm s'élève avec raison contre ce qu'il y a de trop absolu dans les conclusions suivantes de Dransart (Contribution à l'étude du nystagmus des mineurs. Bruxelles, Hayez, 1908, p. 53).

1) Les traumatismes en général, et surtout les traumatismes du crâne, aggravent le nystagmus professionnel des mineurs;

2) Les traumatismes légers de l'œil : les contusions, les corps étrangers, les plaies de la cornée, et les lésions des conjonctives déterminent fréquemment une aggravation du nystagmus manifeste ou une transformation du nystagmus latent en nystagmus manifeste;

3) Le traumatisme chirurgical sur l'œil peut également aggraver le nystagmus;

4) Dans un certain nombre de cas, le nystagmus se localise sur l'œil traumatisé, ce qui donne lieu à la variété clinique du nystagmus monolatéral.

5) Le nystagmus retarde la cicatrisation des blessures de l'œil et particulièrement des ulcères traumatiques de la cornée. De là des incapacités de travail ou plutôt de chômage qui se prolongent démesurément. De là un grave préjudice pour le mineur et pour l'exploitant.

6) Le nystagmus est une cause d'accidents, il affaiblit la valeur professionnelle du mineur et le rend vulnérable aux accidents du travail.

Ohm estime aussi que le nystagmus peut être une cause d'accident par suite de la diminution de l'acuité visuelle de ces ouvriers, à cause des oscillations des objets et des autres troubles qu'entraîne le nystagmus.

Snell avait déjà insisté pour que les ouvriers chargés de rechercher le grison soient indemnes de nystagmus.

Quant au point de savoir si un nystagmus peut être occasionné ou aggravé par un accident, Ohm recommande une grande réserve à cause de la tendance des ouvriers à l'exagération (1).

L'influence défavorable exercée par le nystagmus sur la guérison des blessures oculaires, surtout des blessures de la cornée, ne semble pas démontrée.

L'auteur fait la critique des explications pathogéniques qui ont été fournies. La cause du nystagmus réside dans une fatigue des centres nerveux des muscles oculaires. Dans l'élévation du regard, interviennent deux espèces d'innervation : une première relativement grossière qui provoque un relèvement simultané des deux yeux ; une seconde, plus délicate, qui tend à rectifier le niveau en abaissant l'un des yeux et en relevant l'autre. C'est cette dernière fonction qui est en défaut dans le nystagmus. De même dans le nystagmus horizontal il s'agit d'un trouble non pas des mouvements associés mais bien des mouvements de convergence ou de divergence. Le siège de ces altérations réside dans les noyaux de l'oculo-moteur commun et du grand oblique.

Les mouvements oculaires en question sont des réflexes ayant leur point de départ initial dans la tendance à la fusion. A cause du mauvais éclairage de la mine, cette fusion est rendue difficile ; les centres ne reçoivent plus d'excitations suffisantes, leur activité devient davantage volontaire et hésitante d'où fatigue exagérée de ces centres.

Un fait confirmant les idées de l'auteur c'est le grand nombre d'hétérophories qu'il a constatées chez les houilleurs nystagmiques.

Quant à la prophylaxie du nystagmus, Ohm insiste sur l'amélioration de l'éclairage réclamée par d'autres auteurs. Il devrait être tenu compte de la taille des mineurs ; les hommes de grande taille travaillant dans des conditions particulièrement défavorables dans les veines peu élevées.

Empêcher les patients de descendre dans le fond, il n'y a guère d'autre traitement curatif.

Dans trois cas de nystagmus à oscillations horizontales, Ohm a opéré l'avancement des M. Dr. interne avec un résultat encourageant.

VOGT. — *Diathermie du globe oculaire.*

Les radiations infra-rouges pénètrent en grande quantité dans les milieux oculaires et peuvent être nocives tant pour les membranes internes que pour les membranes externes. Les verres de lunettes constituent une barrière au passage des radiations infra-rouges longues mais non contre les radiations courtes.

(1) Personnellement, nous admettons qu'un traumatisme portant directement sur les yeux puisse aggraver le nystagmus. Nous avons constaté ce fait à différentes reprises notamment à la suite d'un traumatisme opératoire.

BURK. — *Lésions anatomiques consécutives à la luxation du cristallin.*

La complication la plus fréquente à la suite de la luxation du cristallin est le glaucome secondaire ; le fait clinique est bien connu, son explication pathogénique l'est beaucoup moins.

Une compression directe des procès ciliaires ou de la racine de l'iris par le cristallin luxé n'est pas la règle ; d'autre part, la soudure de l'angle irido-cornéen et la projection en avant de l'iris ne s'expliquent pas par une différence de pression de l'humeur aqueuse dans les chambres antérieure et postérieure puisque leur communication se fait librement par la pupille.

Le cristallin luxé agit comme un corps étranger et provoque une inflammation chronique et exsudative du corps ciliaire qui aboutit à l'obstruction de l'angle irido-cornéen et à l'hypertension.

Il n'est pas rare d'observer également de la chorio-rétinite résultant de l'extension de cette inflammation vers le pôle postérieur.

HEERFORDT. — *Pathogénie du glaucome inflammatoire.*

Dans un œil énucléé pour un glaucome datant de 5 à 6 mois, l'auteur décela un rétrécissement des veines vorticeuses, dans leur trajet scléral ; ce rétrécissement était provoqué par un promontoire de la sclérotique, obstruant comme une valvule la lumière du canal. Peut-être faut-il chercher dans cette lésion la cause ordinaire du glaucome inflammatoire.

ATTIAS. — *Les nerfs de la cornée chez l'homme.*

AGABABOW. — *Les nerfs des membranes oculaires.*

PURTSCHER ET KOLLER. — *Lymphocytose dans l'ophtalmie sympathique.*

Les recherches récentes concernant les modifications du sang au point de vue sérologique et bactériologique dans les affections oculaires et plus spécialement dans l'ophtalmie sympathique sont bien connues ; les modifications morphologiques le sont beaucoup moins et cependant ces dernières pourraient éventuellement acquérir une importance diagnostique considérable.

Ormonde, en 1910, dans 3 cas d'ophtalmie sympathique, signala une anomalie du sang consistant en une augmentation notable des gros leucocytes mononucléaires.

A la même époque, Gradle relata le résultat de l'examen du sang dans 30 cas de plaie perforante et d'irido-cyclite non traumatique.

Dans un premier groupe, il range 6 cas d'irido-cyclite traumatique évoluant sans symptômes bruyants. Dans ces cas, il observa une augmentation des lymphocytes allant de 20 à 80 p. 100. Un des yeux fut

énucléé et montrait les altérations typiques de l'inflammation sympathique. Il n'est pas possible d'établir une relation certaine entre la gravité de l'affection et le nombre des lymphocytes.

Dans les autres cas se rapportant à des plaies perforantes évoluant favorablement ou bien se terminant par panophtalmie de même que dans les cas d'irido-cyclite non traumatique, Gradle ne constata aucune modification du sang; il en conclut que l'apparition d'une lymphocytose au cours d'une irido-cyclite traumatique évoluant lentement et sans symptômes bruyants constitue un mauvais signe qui assombrit le pronostic et doit faire redouter l'éclosion d'une ophtalmie sympathique.

La lymphocytose pouvant être en relation avec une cause interne ou générale, Purtscher et Koller cherchèrent à éliminer cette cause d'erreur en faisant chez leurs patients un examen clinique complet.

Ils décelèrent avec certitude la lymphocytose dans tous leurs cas d'ophtalmie sympathique, à l'exclusion des autres cas d'irido-cyclite de nature variable. Avec la guérison de l'affection oculaire, la lymphocytose en général, rétrocede; dans les cas où l'inflammation continue à couvrir, la lymphocytose peut durer pendant des années.

CLAUSEN. — *Contribution à l'étude de la kératite interstitielle.*

Dans 80 p. 100 des cas, la kératite interstitielle est due à l'hérédosyphilis et dans 10 p. 100 à la syphilis acquise. En dehors de la syphilis, la tuberculose peut également jouer un rôle étiologique; quand syphilis et tuberculose coexistent, il convient d'accorder une importance étiologique plus grande à la syphilis.

La réaction de Wassermann est positive dans 80 à 85 p. 100 des cas. Dans l'hérédosyphilis il n'est pas facile ni même toujours possible d'obtenir le virément du Wassermann, même par un traitement énergique et de longue durée. Ce fait ne doit pas être rapporté comme Igersheimer l'a soutenu à l'abondance toute particulière des spirochètes dans l'organisme des hérédosyphilitiques mais bien plutôt à la présence persistante dans la circulation de toxines syphilitiques qui ne sont guère influencées par le traitement. Dans la syphilis acquise par contre, on obtient plus facilement un Wassermann négatif.

En se basant sur certaines observations surtout expérimentales on avait conclu que la kératite interstitielle est due à la pullulation du spirochète dans la cornée. Pour l'auteur il n'en est rien; les lésions de la kératite interstitielle sont provoquées par les toxines syphilitiques. Les recherches aboutissant à la production expérimentale par voie exogène ou endogène d'une kératite parenchymateuse à spirochètes, chez le lapin ou le singe ne sont pas comparables aux faits cliniques. Chez l'homme, en cas de kératite interstitielle on ne constate ni directement ni indirectement par inoculation, la présence de spirochètes dans l'humeur aqueuse. D'autre part, la constatation de microorganismes en grande abondance dans la cornée de nouveau-nés ou de fœtus syphilitiques serait sans signification au sujet de l'étiologie de la kératite interstitielle parce qu'il s'agirait d'affections différentes.

En réalité, l'affection est occasionnée par la péri et l'endovasculite du réseau péricornéen qui occasionne secondairement un trouble de la nutrition de toute la cornée.

De même dans la kératite interstitielle de provenance tuberculeuse, il s'agit non pas d'une localisation bacillaire mais de lésions causées par les toxines.

En dehors de la syphilis et de la tuberculose, la kératite parenchymateuse peut être due quelquefois à des infections générales ou à certaines diathèses (rhumatisme, malaria, diabète, maladies de la sphère génitale, néphrite). Très exceptionnellement, la pathogénie de l'affection reste obscure.

Le traitement par le salvarsan est sans aucune action directe sur la kératite interstitielle ; peut-être agit-il favorablement par l'action roborante de l'arsenic.

L'indication principale du traitement général consiste à améliorer l'état de la santé générale ; le traitement antisiphilitique ou tuberculeux n'occupe que la deuxième place.

Quand persistent des opacifications indélébiles, l'auteur conseille de recourir à une kératoplastie.

HENNING RONNE. — *Description des lésions anatomiques des nerfs optiques et du chiasma dans un cas aigu de sclérose disséminée.*

BEHR. — *Existe-t-il chez l'homme une voie d'élimination des liquides intra-oculaires dans le nerf optique ?*

L'existence de cette élimination par le nerf optique a été démontrée chez certains animaux par divers expérimentateurs. Chez l'homme la question est encore en litige ; Nuel et Benoit étaient les seuls qui avaient tenté des expériences *in vivo* et ils en avaient conclu à l'absence chez l'homme d'une élimination des liquides intraoculaires par le nerf optique. Behr a repris ces expériences, chez 6 malades ; de 10 minutes à 1 heure avant l'énucléation il injecta dans le vitré, 5 fois une solution de bleu de méthylène, 1 fois de l'encre de chine. Immédiatement après l'opération, le nerf optique était examiné au microscope binoculaire et ensuite congelé et débité en tranches. Dans aucun cas, Behr ne décela la présence de la substance colorante dans le nerf ni dans les gaines, alors que le corps vitré en était complètement imprégné.

En faisant des injections de bleu de Berlin dans les nerfs optiques sur le cadavre, il observa que la substance colorante diffuse à travers la lamina cribrosa dans la papille et dans la rétine voisine mais sans aucunement envahir le vitré.

Les observations cliniques confirment ces données expérimentales : les abcès du vitré ne donnent pas lieu à pénétration de microbes dans le nerf optique ; dans la papillite pure, on n'observe aucune altération du vitré.

L'auteur conclut de ces observations à l'absence chez l'homme d'une voie d'élimination postérieure.

LIEBRECHT. — *Lésions du nerf optique dans la fracture du crâne.*

Relation de 9 cas de fracture du crâne ayant donné lieu à un retentissement du côté des nerfs optiques se traduisant à l'examen ophtalmoscopique par un œdème papillaire lequel apparaît immédiatement après l'accident ou bien après quelques jours seulement. Dans 3 autres cas il existait des altérations du champ visuel démontrant une lésion du chiasma.

LOWLEIN. — *Examen du sang chez les glaucomateux.*

L'hypertension sanguine paraît bien jouer un rôle important dans la production du glaucome, mais dans beaucoup de cas, la cause de cette hypertension nous échappe. Certains auteurs ont émis l'hypothèse que l'hypertension sanguine est due à l'augmentation de la teneur du sang en adrénaline et cette hypothèse paraissait confirmée par les recherches chimiques de l'adrénaline dans le sang. L'auteur attribue ces résultats à des erreurs de technique; dans 20 cas de glaucome primaire pas une seule fois, il ne constata une augmentation de l'adrénaline du sang.

III. — Littérature hollandaise.

Année 1903 (Première partie).

Analysée par le docteur **G.-J. Schoute** (Amsterdam).

NEDERLANDSEH TIDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE, tome I.

B.-H. SAJET. — *Enquête sur les trachomateux sans traitement à Amsterdam*, p. 227.

Quand on visite les familles dont quelques membres sont en traitement pour du trachome on trouve beaucoup de sujets qui n'ont aucun soupçon de leur maladie. Par eux, le trachome peut se propager d'une partie de la ville à l'autre. L'auteur trouva ainsi dans les parties de la ville, dont on ne connaît que des cas isolés, des foyers de trachome en état de développement.

W.-P.-C. ZEEMAN. — *La vision du borgne*, p. 516.

Pendant l'adaptation pour l'obscurité les objets sont moins clairs pour le borgne que pour les deux yeux, mais pendant l'adaptation pour la clarté il n'y a pas de différence. L'acuité visuelle du borgne semble être moindre que celle des deux yeux, mais probablement il n'y a pour le borgne que quelque difficulté d'accommoder exactement. La fixation,

monoculaire et binoculaire, examinée d'après la méthode de Klara Grim (*Zeitschrift für Sinnesphysiol.*, t. XLV), ne montre pas de différences. La réduction du champ visuel existe sans doute chez le borgne. La perte de la vision binoculaire est la chose principale; le borgne peut voir la profondeur à l'aide du parallaxe en tournant la tête et le corps, mais il ne voit plus binoculairement. Une expérience, dans laquelle les deux yeux aperçoivent la profondeur dans $1/200$ d'une seconde, exige une observation d'une demi-seconde de la part du borgne. Et malgré toute la dextérité, acquise durant bien des années après la perte de l'œil, le borgne ne peut raccourcir ce temps d'observation. Ce qui est chose facile pour les deux yeux, reste un lourd et fatigant travail pour le borgne.

J. VAN DER HOEVE. — *Extraction d'un fragment de cuivre du corps vitré; localisation à l'aide des yeux artificiels de Wessely*, p. 604.

H.-F. DU BOIS. — *Démonstration d'un cas de cataracte printanier*, p. 659.

H.-F. DU BOIS. — *Démonstration d'un cas de maladie de Basedow*, p. 659.

La maladie commence par un spasme tonique des élévateurs de la paupière supérieure droite sans exophtalmie.

H.-F. DU BOIS. — *Nystagmus héréditaire*, p. 662.

Sur cinq générations, dix-sept membres d'une famille de quarante et une personnes avaient un nystagmus, la fréquence de la maladie diminuant de génération en génération. Les hommes avaient une mère nystagmique, les femmes un père; ils étaient de réfraction normale.

A.-P.-H. A. DE KLEYN. — *Chlorure de chaux contre les conjonctivites*, p. 663.

Après injection de chlorure de chaux (Call.) sous la peau d'un chien, l'application de farine de moutarde sur la conjonctive n'était suivie que d'un peu de chémosis. Chez l'homme, le chlorure de chaux a une action favorable sur les conjonctivites et les rhinites aiguës.

J. VAN DER HOEVE. — *Les affections oculaires des sourds-muets*, p. 664.

Trois des six enfants de parents consanguins, dont l'auteur a fait l'examen, étaient sourds-muets; le premier avait, en outre, une rétinite ponctuée pâissante, combinée de rétinite pigmentée; le deuxième, la même rétinite avec rétino-choroïdite; et le troisième, un fond albinotique avec un commencement de rétinite.

J. VAN DER HOEVE. — *La boîte de Schanz pour l'étude de la fluorescence du cristallin*, p. 671.

L'auteur a mesuré son acuité visuelle avant, pendant et après la fluorescence de son cristallin : contrairement à l'opinion de Schanz, il n'a pas constaté de différences dans l'acuité durant les trois phases de son examen.

L.-H. VAN ROMBDE. — *La trépanation de la sclérotique*, p. 172.

Bons résultats, quant à la tension, à la vision et au champ visuel, dans 21 de 22 cas de glaucome, dont 20 primaires et 2 secondaires ; dans un seul cas le résultat était mauvais par hémorragie et ablation de la rétine.

N.-K. GERLACH. — *Examen anatomique d'un cas de pansinusite avec dacryocystite et névrite optique*, p. 676.

E. MARX. — *L'importance de l'examen bactériologique dans les affections des conduits lacrymaux*, p. 679.

Outre les pneumocoques que l'on trouve dans la moitié des cas des inflammations lacrymales, on note parfois des bacilles de xérosis ou des coli-bacilles ; dans le dernier cas, le calomel a une action très favorable.

A. VERWEY. — *La suture à plombage*, p. 683.

L'auteur se sert de grains de dragée, dans lesquels il a fait une rainure. Il applique les fils des sutures de soie dans la rainure et pince le grain. Un avantage de cette méthode est que le grain invertit les bords de la plaie.

A. VAN DER MINNE. — *Localisation de corps étrangers oculaires*, p. 1125.

G.-F. ROCHAT. — *Maladie de la vésicule oculaire secondaire causée d'une malformation congénitale de l'œil*, p. 1218.

Il y avait dans l'œil en question trois malformations : une membrane épithéliale, sortant de la coque oculaire, adhérent à la face postérieure du cristallin ; une artère hyaloïde persistante ; et un colobome du nerf optique, rempli de cellules épithéliales pigmentées, dégénérées et proliférées.

L'explication donnée de ces malformations diffère de celle d'ordinaire adoptée : l'auteur cherche la cause dans une dégénérescence locale de la vésicule secondaire, entraînant une synéchie du cristallin avec l'épithélium pigmenté ; l'artère hyaloïde ne jouerait qu'un rôle passif et persisterait parce que ses veines, fonctionnant toujours dans la membrane anormale, n'avaient pas causé la stagnation du sang dans l'artère.

R.-A. TANGE. — *Myopie traumatique*, p. 1305.

Chez un matelot, frappé par une explosion de poudre, l'auteur observa une myopie traumatique par spasme du muscle ciliaire sans myosis; le spasme était de longue durée et accompagné de symptômes hystériques.

R. SPELEERS. — *Scotome annulaire dans l'éblouissement par l'éclipse du soleil*, p. 1386.

Dans ces 13 cas personnels l'auteur a trouvé six fois un scotome annulaire, presque toujours un élargissement de la tache aveugle et toujours un rétrécissement concentrique du champ visuel.

E.-A.-M. DROOG. — *Un cas de tuberculose oculaire*, p. 1740.

Un cas de kérato-iritis tuberculeuse, guéri par injections de bouillon à tuberculine Denys.

A.-E. SITTES. — *Thrombophlébite du sinus caverneux après un furoncle de la face*, p. 1818.

Examen clinique et anatomique de deux cas de thrombophlébite de la veine ophtalmique inférieure, puis du sinus caverneux sans abcès de l'orbite; l'infection était venue d'un furoncle du nez. Les conjonctives, les paupières et la peau du front étaient gonflées, l'œil saillant et immobile, la vision abaissée.

IV. — Thèses d'Amsterdam.

J.-F. PAUL. — *Les misères des trachomateux*.

Désireux d'inspirer plus d'activité aux autorités dans la lutte contre le trachome à Amsterdam, l'auteur dépeint toutes les misères dont cette maladie comble ses victimes. Il se sert des documents que les diverses policliniques ophtalmologiques lui offrent et démontre combien d'acuité visuelle, combien de la réfraction normale est perdue par la trachome; puis comment le trachome, attaquant tous les membres de la famille, les empêche de fréquenter les écoles, de continuer le travail, de gagner leur vie par les visites répétées aux heures des docteurs, le séjour aux cliniques, l'isolement à cause du danger d'infection, pour terminer en maint cas dans l'invalidité malgré tous les soins durant bien des années. Dans la lutte contre le trachome on aura à améliorer les demeures, à instruire la population des particularités de la maladie et des dangers de l'infection, à apprendre la propreté et les soins du corps. On ne se contentera pas de traiter les malades, qui se présentent mais on examinera la famille entière de tout trachomateux.

H.-N.-J. ARNTZ. — *L'extirpation du tarse dans le trachome.*

Arntz donne un aperçu des conséquences des extirpations du tarse, exécutées dans la Clinique ophtalmologique de l'Université d'Amsterdam. Dans les cas où l'opération fut exécutée à cause d'entropion et de trichiasis les résultats furent très bons, mais non sans récédives; dans les cas où l'indication avait été un trachome rebelle au traitement médicamenteux, les résultats furent beaucoup moins bons, mais pourtant pas défavorables, vu la ténacité de la maladie.

V. — Livres Nouveaux.

F. TERRIEN. — *Précis d'ophtalmologie*, 2^e édition, 4 pl. en couleurs, 340 fig., in-8° de pp. 700, J.-B. Baillière et fils, 1914.

Ce manuel, qui fait partie de la bibliothèque du doctorat en médecine, publiée sous la direction des docteurs Gilbert et Fournier, a vu le jour en 1907. Nous lui avons prédit de successives rééditions lors de sa naissance. Voici la deuxième édition. Elle fait honneur à l'érudition de notre savant collègue de la Société française d'ophtalmologie, chargé actuellement de la direction ophtalmologique de l'hôpital Beaujon.

Le précis du docteur Terrien, entièrement révisé, répond excellemment à sa mission: il est l'auxiliaire idéal de l'étudiant oculiste. Il condense et met au point les publications les plus autorisées de ces dernières années; il complète et précise pour l'étudiant les données de la série de clinique qu'il doit suivre et lui assure une assimilation aisée des matières.

Le docteur Terrien a fait pendant des années des cours à la clinique de l'Hôtel-Dieu. L'expérience qu'il y a acquise, doublée d'une large érudition, l'a mis à même de réunir avec un jugement sûr les matériaux essentiels à l'enseignement de l'ophtalmologie: ils sont exposés avec méthode, avec clarté et une conception nette de la pratique usuelle.

Nous annonçons, en 1907, notre intention de mettre l'ouvrage entre les mains de nos élèves. Cette intention, nous l'avons réalisée. Et nous n'avons pas eu à nous en repentir!

Le précis d'ophtalmologie de Terrien peut être, il doit être recommandé aux étudiants et aux praticiens.

Prof. VAN DYSE (de Gand).

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris, imprimerie E. ARNAULT et Cie, 7, Bourdaloue.